

(1^{re} Série FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY N°)

DE LA
NON-DILATABILITÉ DU COL DE L'UTÉRUS

COMME CAUSE DE DYSTOCIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE VENDREDI 11 AOÛT 1882, A 3 HEURES DE L'APRÈS-MIDI

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

E. TISSERANT

DE MOULINS, COMMUNE DE SAINT-NABORD (VOSGES)

NANCY

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE N. COLLIN

Rue du Crosne, 5

—
1882



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555809_0031

(1^{re} Série

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

N^o)

DE LA

NON-DILATABILITÉ DU COL DE L'UTÉRUS

COMME CAUSE DE DYSTOCIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE LUNDI 11 AOÛT 1882, A 3 HEURES DE L'APRÈS-MIDI

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

E. TISSERANT

DE MOULINS, COMMUNE DE SAINT-NABORD (VOSGES)

NANCY

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE N. COLLIN

Rue du Crosne, 5

—
1882

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. TOURDES ✱.

Doyen honoraire : M. STOLTZ C ✱.

Professeurs honoraires : MM. SÉDILLOT C ✱, CAILLIOT ✱, STOLTZ C ✱, SIMONIN ✱, BACH ✱.

Médecine légale.....	M. TOURDES ✱, professeur	
Clinique externe.....	M. MICHEL ✱, professeur.	
Matière médicale et Thérapeut..	M. COZE ✱, professeur.	
Histologie.....	M. MOREL ✱, professeur.	
Clinique interne.....	M. V. PARISOT ✱, profess.	
Clinique obstétricale et accouche- ments.....	M. HERRGOTT ✱, profess.	MM. ROUSSEL ✱ et E. PARI- SOT, prof. adj.
Pathologie générale et Patho- logie interne.....	M. HECHT, professeur.	M. DEMANGE ✱, prof. adj.
Physiologie.....	M. BEAUNIS ✱, professeur.	
Anatomie et Physiologie patho- logiques.....	M. FELTZ ✱, professeur.	
Chimie médicale et Toxicologie..	M. RITTER, prof.	
Clinique interne.....	M. BERNHEIM, professeur.	
Clinique externe.....	M. GROSS, professeur.	
Physique.....	M. CHARPENTIER, profess.	
Anatomie gén., descriptive et topographique.....	M. LALLEMENT, professeur.	
Hygiène.....	M. POINCARÉ ✱, professeur.	
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, professeur.	
Pathologie externe.....	M. HEYDENREICH, professeur.	M. BÉCHET, prof. adjoint.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	M. N... professeur.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. SCHLAGDENHAUF- FEN.	MM. SPILLMANN. E. DEMANGE.	MM. A. HERRGOTT. GARNIER.	M. WEISS.
----------------------------	-------------------------------	------------------------------	-----------

M. BONNET, Secrétaire, Agent comptable.

Examineurs de la Thèse :

M. HERRGOTT, président ; MM. LALLEMENT, ROUSSEL, E. PARISOT.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS MORTS

A MES ONCLES ET A MES TANTES

A MON ONCLE V. BALANDIER.

A MES COUSINS ET A MES COUSINES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HERRGOTT

A MM. A. HERRGOTT ET P. SPILLMANN, AGRÉGÉS

HOMMAGE DE GRATITUDE

A M. LE DOCTEUR ZELLER.

DE LA NON-DILATABILITÉ DU COL DE L'UTÉRUS

COMME CAUSE DE DYSTOCIE

INTRODUCTION

La non dilatabilité du col de l'utérus, peut être produite par des causes très-diverses, dont nous allons, immédiatement, éliminer quelques-unes : nous ne parlerons pas ici de la dystocie qui succède infailliblement au développement de tumeurs sur le col utérin, de quelque nature qu'elles soient. Nous laisserons aussi de côté ce qui a rapport à l'état tétanique du col, pour ne nous occuper que du rétrécissement de la cavité cervicale, engendré surtout pendant la gestation, et en dehors des causes dont nous avons parlé. Au nombre de ces causes de dystocie, se trouve l'agglutination proprement dite, sur laquelle nous ne dirons également que quelques mots, pour nous occuper des autres rétrécissements, produits par certaines transformations survenant dans le tissu du col, et susceptibles de déterminer l'atrésie complète de cet organe : c'est sur ce dernier point que nous concentrons surtout notre étude.

La rareté relative des observations ayant trait à un pareil état du col de l'utérus, et surtout le défaut de constatation directe de la cause réelle de l'obturation, expliquent facilement pourquoi les classiques accordent, dans leurs traités, une part si minime à la description de cette cause de dystocie.

Quoique l'expression « atrésie » signifie absence complète de communication, nous ne serons pas aussi absolu, et, nous plaçant de préférence au point de vue clinique, nous étudierons surtout l'affection, *dans ses résultats*, alors que l'utérus gravide est sur le point d'expulser le produit de la conception.

C'est pourquoi nous serons naturellement entraîné à étudier les cas d'*atrésie partielle*, c'est-à-dire à examiner les circonstances dans lesquelles le rétrécissement, sans former diaphragme complet, est cependant tel qu'il empêche la dilatation du col, et gêne à ce point, que le même traitement soit applicable dans les deux cas.

Ce travail nous a été suggéré par l'observation d'un cas de ce genre qui s'est produit chez une cliente de M. le Dr Spillmann, et dont M. le professeur Herrgott a fait, avec un plein succès, la délivrance, à la clinique d'accouchements de la Maison de Secours de Nancy. Mais, nous devons le reconnaître, la rareté des cas relevés par les auteurs aurait rendu nos recherches bibliographiques bien difficiles et peu complètes, sans la complaisance de M. Alphonse Herrgott, qui a bien voulu, non seulement nous aider de ses conseils et perdre ainsi un temps précieux, mais encore a été assez aimable pour nous confier plusieurs ouvrages de sa bibliothèque, que nous n'avions trouvés dans *aucune bibliothèque publique*, pas même à celle de la Faculté de médecine. Aussi ne saurions-nous trop remercier M. Herrgott, de l'intérêt qu'il nous a porté, et des conseils savants qu'il nous a prodigués.

Nous ne saurions, non plus, sans ingratitude, passer sous silence le nom de M. le Dr P. Spillmann ; grâce à lui, nos recherches ont été singulièrement abrégées ; c'est pourquoi nous le prions de recevoir, ici, l'hommage de notre reconnaissance.

Nous diviserons ce travail en six parties :

Dans la première, nous traiterons de l'*Historique* qui ne saurait

nous arrêter longtemps, puisqu'à la rareté des observations déjà existantes, s'ajoute une autre considération : l'atrésie n'était pas connue des auteurs anciens ; quoiqu'elle existât déjà (puisque l'une des causes susceptibles de la reproduire est de tous les siècles ; je veux parler de l'accouchement laborieux), l'histoire de cette affection peut donc être considérée comme contemporaine.

Après l'*Historique*, nous aborderons l'étude de l'*Étiologie*, dans laquelle nous relaterons les observations que nous avons pu recueillir dans les auteurs français et étrangers.

Nous dirons ensuite quelques mots des précautions à prendre pour reconnaître, avec toute la précision possible, l'affection qui nous occupe, et ne pas la confondre avec d'autres états de l'utérus, principalement celui que l'on a appelé « *développement sacciforme* » de la partie postérieure de l'utérus, et qui est caractérisé par une déviation du col :

Ces considérations seront contenues dans l'article intitulé « *Symptômes et Diagnostic* ».

Nous terminerons par des considérations sur les diverses *Méthodes de traitement* employées pour remédier à ce vice de conformation, et, pour conclure, nous résumerons, en quelques lignes, les déductions pratiques qui découlent naturellement de cette étude.

HISTORIQUE

Soit qu'elle ait passé inaperçue, soit, ce qui est plus probable, qu'elle ait été confondue avec d'autres affections puerpérales, ou qu'on ait oublié d'en faire mention, l'atrésie du col utérin n'a donné lieu à aucune observation avérée de la part des auteurs anciens. Est-ce parce que l'impossibilité qu'elle créait, pour la matrice de se débarrasser du produit de la conception, était attribué à une déformation rachitique du squelette ou à quelque autre cause de dystocie ? Est-ce parce que les moyens d'investigation que nous possédons de nos jours, faisaient alors défaut ou étaient moins complets ? Il n'en est pas moins vrai qu'il faut attendre jusqu'à 1714 pour trouver un cas de ce genre ; il fut relaté par Pierre Amand (1). Sans pouvoir affirmer, positivement, que ce soit la première observation d'atrésie qui ait paru jusqu'à nos jours, il faut cependant reconnaître que c'est probablement la seule à laquelle il ait été donné une publicité suffisante pour avoir été remarquée. Cette observation, curieuse à divers points de vue, avait une certaine analogie avec celle que nous publions à la fin de ce travail, et qui a été recueillie à la clinique de M. le professeur Herrgott, à la Maternité de Nancy. Comme dans cette dernière, en effet, il paraît que l'oblitération n'était pas complète, mais qu'il existait, nous dit Littre, possesseur de la pièce anatomique : « *un seul petit pore où on aurait pu introduire une soye de porc.* »

Après Amand, aucun auteur ne paraît avoir rapporté quelque fait analogue, jusqu'en 1765, époque à laquelle Thomas Simson

(1) C'est dans l'ouvrage de M. Depaul sur l'oblitération du col de l'utérus (Noblet 1860), que nous avons trouvé ce renseignement ; il ne cite pas le nom de la revue où se trouve publiée l'observation d'Amand.

publie une observation intitulée : « *Femme enceinte dont les parois de la matrice étaient collées ensemble.* »

Ce cas est assez étrange : il semblerait résulter de l'observation, que l'orifice utérin s'était dévié dans la vessie, ou tout au moins dans le canal de l'urèthre, *les eaux de l'amnios s'étant écoulées par cet orifice.* »

A partir de 1765, les observations se succèdent beaucoup plus fréquemment, et, dès 1784, Lauverjat, dans sa « *Nouvelle methode de pratiquer l'opération césarienne* », rapporte l'observation suivante que nous reproduisons en entier :

« Le 18 août 1784, la dame Pinard, après avoir parcouru le temps ordinaire de la grossesse, ressentit les douleurs de l'enfantement. Elles étaient si vives qu'elles l'obligeaient à faire les plus violents efforts.

Je la vis alors, elle m'apprit que c'était sa première grossesse, et que depuis ce temps, elle souffrait beaucoup en s'asseyant.

Cherchant aussitôt à m'assurer de son état, je fus surpris de rencontrer à la vulve une tumeur lisse qui la remplissait, la dépassait et cédait facilement à la pression du doigt, excepté à l'instant de la douleur.

Parcourant la tumeur, mon étonnement augmenta en ne rencontrant dans toute la circonférence qu'un cul de sac d'un demi-pouce de profondeur au plus, et nulle ouverture qui pût permettre la sortie de l'enfant.

Je distinguai la tête à travers les parois de la tumeur. Ce cas extraordinaire me détermina à porter le doigt dans l'anus pour m'assurer si l'orifice de la matrice ne s'y était point dévié, comme je l'avais déjà vu ; mais cela n'était point.

Je mandai plusieurs confrères, qui reconnurent tout ce que j'avais remarqué. Pour nous convaincre, nous crûmes nécessaire de voir les parties. Alors nous distinguâmes une petite déchirure

qui n'intéressait qu'une partie de l'épaisseur de l'enveloppe de la tumeur. Je crus que cette épaisseur indiquait l'endroit où je devais inciser, s'il en était nécessaire. Les consultants furent de cet avis. J'opérai sur-le-champ. Je glissai ensuite le doigt dans l'ouverture que j'avais faite : il se trouva dans une cavité dont les parois étaient lisses et humectées. La tête y était contenue. Je ne distinguai aucune trace de col ni d'orifice de la matrice, et j'atteste que j'étais dans sa cavité. Il en sortit, à l'instant de l'opération, une eau bourbeuse ; aussitôt la tête se présenta, et franchit l'ouverture que je venais de pratiquer ; sa paroi latérale droite subit une petite dilacération, et le reste du corps de l'enfant ne tarda pas à suivre la tête. Je réintroduisis le doigt dans la cavité que l'enfant venait d'abandonner, et je la trouvai telle que je l'ai dit. Le délivre s'offrit à mon doigt, et il sortit promptement. Ma main portée dans la loge isolée, ne reconnut que la cavité de la matrice, et rien de semblable à son col ni à son orifice, et je suis très convaincu que j'ai incisé la partie inférieure de ce viscère, qui a subi quelque engorgement et une légère inflammation.

Du reste, la couche a été franche et j'ai senti la cicatrice des parois incisées se faire par gradation. Il a cependant resté pendant quelque temps une ouverture suffisante pour l'écoulement des lochies.

Deux mois après l'opération, j'ai touché le col et l'orifice de la matrice dans leur état naturel. Il est probable que l'impossibilité de toucher l'orifice de la matrice avant l'opération, a dépendu de *l'obliquité contre nature de ce viscère*. Du reste, cette observation et celles citées plus haut, convainquent que l'opération *césarienne vaginale* n'entraînera point de dangers après elle. »

Comme Lauverjat l'indique lui-même, il est probable qu'il ne s'agissait pas ici d'une véritable atrésie, puisqu'il lui a été possible, au bout de quelques mois, de toucher le col intact, et qui avait

repris sa place ; mais, à ne considérer que les résultats, la conduite à tenir a été la même.

C'est en vendémiaire de l'an XII que *Corvisart et Leroux* publient, dans un numéro du *Journal de médecine*, une observation qui a été recueillie par Grautier, chirurgien à Paris, et, à la suite de l'opération suivie d'un accouchement au forceps, des adhérences s'établirent en arrière, entre le vagin et l'utérus.

Dans un rapport qu'il fit le 6 germinal an II, et qui se trouve consigné dans le tome LII du *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie* p. 34, année 1815, rapporte un cas d'atrésie, qui fut opéré par le docteur *Martin aîné, de Lyon*, auquel la malade affirma, avec un embarras trop évident pour qu'elle ait dit la vérité, qu'elle n'avait rien tenté pour provoquer l'avortement. Ici, l'examen pratiqué quelques semaines après les couches, démontra que l'ouverture artificielle avait persisté, contrairement à ce qui se produisait dans les autres cas, l'incision utérine tendant toujours à la cicatrisation.

Après l'observation de Martin aîné, vient une publication du Dr Caffé, dans le *Journal hebdomadaire des progrès des sciences et institutions médicales*, de mars 1834, tome I.

L'accident paraissait, résulter d'injections que la malade se serait administrées dans le vagin et jusque dans l'utérus, et qui produisirent, dit-elle, de la douleur, de la suppuration, et même la chute de quelques pellicules.

En 1860, M. le professeur Depaul, alors agrégé, publia un travail intitulé : « De l'oblitération complète du col de l'utérus chez la femme enceinte et de l'opération qu'elle réclame » (1), qui renferme trois observations personnelles dont nous donnons ci-après les résumés.

(1) Paris, chez H. Noblet, rue du Bac, n° 30.

I. En 1855, M. le Dr Depaul fut mandé deux fois en consultation : la première fois, le 15 août 1855, par le docteur A. Remondet, pour une dame qui présentait un rétrécissement notable du bassin, pour lequel on dut *pratiquer l'embryotomie*. Les suites de couches furent très-naturelles. Quelques mois après, M. Depaul fut de nouveau appelé auprès de la même femme, qui présentait, cette fois, une *absence complète de col de l'utérus* (apparemment du moins), due à l'oblitération de la cavité cervicale, et à l'effacement de la portion vaginale, de sorte que le vagin paraissait se terminer en cul-de-sac. Cette fois encore, on dut employer le céphalotribe, et la malade se rétablit, comme précédemment. Au bout de quelques semaines, le toucher révéla l'existence, au point où l'utérus avait été incisé, d'un petit mamelon irrégulier, au centre duquel se trouvait une ouverture à bords un peu durs, et qui admettait difficilement l'extrémité du doigt. Depaul ajoute, pour qu'aucun doute ne puisse être émis sur l'authenticité de ses assertions, que les recherches faites avec le doigt, l'examen au spéculum, l'absence complète de *toute espèce d'écoulement*, après plus de quatre jours de contractions utérines énergiques, et surtout les témoignages de MM. A. Remondet et P. Dubois, doivent suffire amplement pour convaincre les plus incrédules. C'était la première observation de ce genre qu'il constatait personnellement, et il ne savait guère être appelé, le mois suivant, 15 septembre 1855, par Trousseau, à donner son avis sur un cas semblable qui se présenta à l'Hôtel-Dieu, dans le service de ce célèbre praticien :

II. Il s'agissait de la nommée Julie A... âgée de 26 ans, et qui présentait une oblitération complète de *l'orifice interne du col*. Nous renverrons, à l'Étiologie, où elle est donnée tout au long. Observation C.

C'est encore à M. le docteur Depaul qu'est due une troisième observation datée de 1859 :

III. Une dame, autrichienne de naissance, blonde et légèrement lymphatique, est enceinte pour la première fois sans avoir éprouvé aucun des accidents ordinaires de la grossesse.

Au moment du travail, les douleurs durant déjà depuis un certain temps, et aucun liquide ne s'étant écoulé du vagin, le toucher fut pratiqué et révéla l'existence d'une soudure des deux lèvres du col.

A l'examen, pratiqué au moyen du spéculum, on reconnut l'agglutination d'une façon très-manifeste. La rupture spontanée de l'obstacle ne se produisant pas, malgré de violentes contractions de la matrice, M. Depaul, craignant de voir éclater des convulsions éclampiques, ou se produire une rupture de l'utérus, pratiqua la perforation au moyen d'une incision médiane et de trois débridements latéraux; l'accouchement fut terminé par une application de forceps. Enfant vivant, robuste, suites de couches normales.

Désireux de se rendre compte des modifications qui se produiraient dans l'utérus, M. Depaul eut grand soin de pratiquer le toucher à différentes reprises :

Dès le second jour, une portion vaginale du col s'était reconstituée, au centre de laquelle existait une large ouverture pouvant admettre trois doigts, et déjà le cul-de-sac vaginal pouvait être aperçu, normalement dirigé en arrière.

Les jours suivants, l'ouverture diminua, et ses lèvres devinrent plus fermes. Six semaines après, le col avait repris sa consistance normale : il formait, au fond du vagin, une saillie conique de 0,010 à 0,012 millimètres ; l'orifice externe est encore très-dilatable, mais *l'orifice interne s'est reconstituée déjà* en partie, de sorte que le doigt pénètre dans une cavité conique, qui va en se rétrécissant.

Huit mois après, retour des règles, malgré l'allaitement, et, au dixième mois, madame A. B... devient de nouveau enceinte.

Aujourd'hui, parvenue au cinquième mois de la grossesse, son col est encore parfaitement perméable, et tout fait espérer qu'une difficulté pareille à celle du premier accouchement ne se présentera plus.

Telle est la troisième observation personnelle de Depaul, intéressante à ce point de vue, que l'ouverture, pratiquée artificiellement, lors du premier accouchement, existait encore au cinquième mois d'une nouvelle grossesse, commencée dix mois après la première, *c'est-à-dire quinze mois* après l'opération. Le temps nécessaire à la cicatrisation normale étant, de beaucoup dépassé, on peut admettre, qu'à moins de modifications exceptionnelles ou de rétraction tardive survenant dans la plaie, *la guérison de l'atrésie et la perméabilité des voies génitales ont dû la maintenir d'une façon définitive.*

Le docteur Charpentier, dans les *Archives de Tocologie* de 1875, relate un cas remarquable d'oblitération complète du col survenue, chez une dame L..., âgée de 26 ans, ayant eu trois couches normales ; mais, à la suite de la dernière, s'était établie une anémie profonde, motivée du reste par des pertes leucorrhéiques abondantes. Le traitement général conseillé fut : le quinquina, le fer, les bains de Barèges ; *quant au traitement local, il consista surtout en cautérisations au moyen du nitrate d'argent, porté jusque dans l'intérieur du col* : l'observation se trouve relatée tout au long dans l'Étiologie, aussi n'insisterons-nous pas davantage pour le moment.

M. le docteur Chambaud, de Vars (Charente), dans les *Archives de Tocologie* de 1876, parle d'un cas d'oblitération complète de l'orifice utérin, survenue comme précédemment, dans le cours d'un traitement *par les cautérisations au nitrate d'argent* appliquées comme traitement d'une *métrite du col accompagnant une grossesse au début*. Femme de 26 ans, multipare.

Les détails de cette observation se trouvent également développés dans la partie qui *traite de l'Étiologie*, aussi les laisserons-nous de côté, pour plus de brièveté.

A la suite de ces diverses relations des auteurs français, prennent place, par ordre chronologique, diverses observations, extraites des *auteurs allemands*, que nous avons puisées surtout dans le *Centralblatt für Gynækologie*, et dont trois ont été rapportées, en 1877, une seule en 1878, une en 1879, et enfin une dernière du docteur Liebmann, à Budapest, en 1881.

Toutes ces observations se trouvent, à côté des précédentes, dans l'Étiologie : nous devons dire cependant que le journal allemand, résumant tout ce qui paraît, dans toute l'année ne peut donner au complet le développement journalier des faits qu'il relate ; aussi se contente-il de faire une analyse succincte des observations.

En dernier lieu, nous parlerons du cas tout récent d'atrésie opéré à la Maison de Secours, par M. le professeur Herrgott, le 25 avril dernier, nous réservant de faire, à ce propos, quelques réflexions spéciales sur l'étiologie probable de l'oblitération dans ce fait particulier.

ÉTIOLOGIE

Une des premières questions que l'on doit se poser, lorsqu'on étudie le sujet qui nous occupe, se rapporte à l'origine réelle de la maladie : on est appelé, généralement, auprès d'une femme en travail, et, l'examen fait, on voit qu'il y a obstacle à l'accouchement. Il s'agit alors de reconnaître si cette lésion existe depuis longtemps, d'où elle provient, et qu'elles en sont les causes. On ne peut d'abord admettre que ce vice de conformation ait passé jusqu'alors inaperçu chez la femme, ni qu'elle l'ait apporté en naissant, car, les conséquences de l'obturation, au moment de la puberté, auraient été telles, que l'attention du médecin eût été promptement attirée vers cette région : il y aurait eu, en effet, sans parler des autres symptômes, une aménorrhée excessivement douloureuse, qui aurait nécessité un examen approfondi.

Mais il importe peu, au point de vue du résultat, que l'orifice existe ou qu'il manque : l'essentiel, c'est que la *dilatation puisse se produire normalement*, l'absence absolue de la cavité cervicale étant très-rare.

Quel est, maintenant, ce rétrécissement, et comment s'est-il produit ? Nous pensons, dès le début, affirmer, en nous appuyant sur de nombreuses observations, que *toutes les inflammations du col, de quelque nature qu'elles soient*, suffisent à le produire. Quant à la rareté relative des faits de ce genre, considérée proportionnellement au nombre immense des affections utérines capables de leur donner naissance, il faut évidemment reconnaître, outre les causes dites prédisposantes, qui n'expliquent rien, qu'il y a certaines circonstances occasionnelles dont le concours, existant, si

l'on veut, conjointement avec les prédispositions essentielles de la personne, suffit à produire l'affection qui nous occupe. Il nous reste, maintenant, à voir quels sont ces états spéciaux, en les appuyant de quelques exemples, que, pour plus de véracité, nous puiserons à diverses sources.

Nous avons dit combien sont nombreuses les causes pouvant donner naissance à l'atrésie, aussi, pour en expliquer la rareté relative, serons-nous obligé de rechercher quelles sont celles qui, circonstance fort heureuse, s'opposent à sa formation, ou en empêchent le développement complet.

En première ligne, nous avons l'accouchement antérieur : il résulte, en effet, des observations que nous avons compulsées, que c'est lui la cause principale de l'obstruction complète ou partielle du col. Cela s'explique très-bien, d'après l'étiologie que nous en avons donnée plus haut, car il est bien évident que les femmes multipares sont, bien plus que les autres, exposées à ces inflammations chroniques, succédant si souvent à l'irritation développée par des enfantements répétés. Chacun sait aussi combien sont fréquentes les déchirures et dilacérations du col par distension excessive des organes génitaux, et dont la cicatrisation ne suit pas toujours une marche normale ; cela tient à cet état de congestion, pour ainsi dire chronique de l'utérus, résultat de conceptions fréquentes.

De plus, les circonstances dans lesquelles se sont produits ces accouchements, doivent aussi exercer une certaine influence, sur ces développements anormaux ; il est clair, par exemple, qu'un accouchement facile exposera, moins qu'un autre plus laborieux, à ces complications malheureuses ; il y a donc lieu, ici, de faire ressortir cette proposition d'une façon évidente, et c'est ce que nous allons essayer, en reproduisant plusieurs observations recueillies dans le *Centralblatt für Gynækologie* ; on remarquera que l'observation IX a précisément trait à deux cas d'atrésie sur-

venus à la suite d'accouchements laborieux, où de *forceps* avaient dû être appliqué, et qui, même avec ce puissant auxiliaire, s'étaient terminés très-difficilement. (Cette observation est due à Liebmann de Budapest.)

Observations puisées chez les Allemands (1).

OBSERVATION I.

Atrésie partielle de l'orifice externe du col, due à un cordon solide et tendineux. (J. V. Dietrich.) (*Centralblatt für gynækologie.*)

Femme de 33 ans; le travail est arrêté par un cordon qui se trouve en dehors de l'orifice. Ce cordon a la grosseur du petit doigt, et s'insère solidement de chaque côté du museau de tanche, qui est fortement attiré en dehors. Débridement. Naissance rapide.

OBSERVATION II.

Atrésie de l'orifice inférieur. Présentation en travers. Incision des parois du col. Embryotomie. (*Contralblatt für gynækologie.*)

Présentation de l'épaule gauche : malgré l'incision, la version est tout à fait impossible. Embryotomie très difficile. Après avoir vidé les cavités abdominales et tharaciques du fœtus, les parois se rapprochèrent; de plus la décollation, d'après la méthode de Braun, fut tout à fait impossible : section de la colonne vertébrale, ablation de la partie inférieure du corps; la tête est attirée dans le col avec le forceps-scie, et extraite. Suites de couches normales.

OBSERVATION III.

Wiglesworth (Liverpool). Occlusion du col, à la suite d'application d'acide nitrique (2).

Wiglesworth, à la suite de métrite et de ménorrhagie persistante, appli-

(1) Toutes ces observations sont consignées dans la *Centralblatt für Gynæcologie* de 1877-1878-1879-1881.

(2) *Centralblatt*. Année 1879, p. 220.

que, avec succès, l'acide nitrique fumant à la surface de l'utérus. Auparavant, on avait déjà employé le nitrate d'argent sans résultat.

Les règles cessèrent, la malade se crut enceinte, et l'on découvrit que le col était complètement bouché. Après beaucoup de peine, et de nombreux essais, il put traverser ces tissus très durs, avec une aiguille, un trois-quarts et une sonde, Pérítomite généralisée. Au 5^e jour, règles abondantes et cessation de symptômes ; l'état général s'améliore. Deux ans après, la malade est complètement guérie, mais stérile. (Réserves de l'auteur sur le procédé, à cause de la stérilité consécutive, et qui pouvait provenir du caustique employé.)

OBSERVATION IV.

Observation d'Edis (Angleterre) (1).

Edis recommande chaleureusement l'acide nitrique dans l'endométrite persistant ; il n'observa que deux cas où le remède ne lui réussit pas :

1^o Femme accouchée pour la 5^e fois : ménorrhagie, dysménorrhée et endométrite persistante. Application d'acide azotique à la surface de l'utérus : amélioration notable. Après un emploi prolongé du médicament, il y eut de la pesanteur abdominale au moment des règles, des tranchées, etc... L'orifice interne du col était bouché, mais on put encore introduire une sonde de force, et il sortit trois onces de sang dû aux menstrues. La guérison fut complète.

2^o Dans le deuxième cas, il fallut pratiquer une incision cruciale avec un scarificateur.

En règle générale, Edis vante l'action favorable de la médication intra-utérine sur la conception.

OBSERVATION V.

R. Battey (Rome, Géorgie) (2).

Atrésie de toute la cavité utérine, avec suppression des règles et douleurs intenses. Castration, guérison complète.

Femme de 33 ans : a accouché une fois, 12 ans auparavant. Depuis, on s'est aperçu que le col était oblitéré. Ses règles et le mucus utérine ne pouvaient s'écouler, et cependant les ovaires fonctionnaient encore.

(1) *Centralblatt*. 1879, p. 220.

(2) *Centralblatt*. 1879, p. 221.

A chaque menstruation, la malade, quoiqu'elle n'eût pas ses règles, souffrait de douleurs analogues à celles de la dysménorrhée, de névralgies, et même d'hystérie. Elle était abattue, et sa vie n'était qu'un tourment continu.

Deux médecins avaient déjà incisé le col, mais l'atrésie utérine n'était pas atteinte par l'instrument. A l'examen, le vagin était petit, cicatrisé, et l'utérus également petit et retiré en arrière; les ovaires n'étaient pas sensibles.

On fit une incision de 2 1/2 pouces sur la ligne blanche, on sépara les ovaires de leurs adhérences, et on les enleva avec la chaîne-à-écraseur. On ne lia ni les pédicules; la plaie abdominale suturée, une simple compresse sèche servit de pansement, la malade put se lever dès le 9^e jour, et elle n'a rien senti depuis.

OBSERVATION VI.

J. V. DIETRICH. — Un cas d'atrésie d'utérus gravidé (1).

Chez une femme d'une constitution normale et saine d'ailleurs, arrivée à son 7^e accouchement, le médecin ne put terminer l'accouchement laborieux que grâce à une incision, la malade eut de la fièvre assez longtemps après.

Lors de son 8^e accouchement, l'auteur trouva que la portion vaginale du col consistait en un tissu cicatriciel, blanc, très dur et étoilé.

L'orifice du col laissait à peine passage à une petite sonde, quoique le travail durât déjà depuis 30 heures.

On fit alors une incision de 4 centimètres 1/2. Deux heures après, aucun résultat ne s'étant manifesté, l'incision fut agrandie, de telle sorte qu'elle occupait une bonne partie de la cicatrice qui se trouvait exister au segment inférieur de l'utérus. Les 2 coups de bistouri ne produisirent aucune douleur, et ne donnèrent lieu qu'à une faible hémorrhagie.

12 heures après, accouchement spontané, suites de couches normales (Schwartz).

OBSERVATIONS VII.

C. KAHRS. — Atrésie utérine.

Femme de 18 ans, travail commencé depuis 2 jours (2).

Une première exploration ne montra ni portion vaginale du col, ni orifice;

(1) *Centralblatt*. 1878, p. 310.

(2) *Centralblatt*. 1877, p. 38.

celui-ci était représenté seulement par un creux de la grosseur d'une tête d'épingle situé dans le cul-de-sac antérieur, et qui, vu au spéculum, était d'aspect bleuâtre. Douleurs intenses. La morphine reste sans résultats.

On pratiqua alors, avec le bistouri, une incision, par laquelle s'écoulèrent les eaux de l'ammios, que l'on agrandit à coups de ciseaux, et qui fut ensuite élargie des deux côtés.

Sans de violentes douleurs, le col se dilata, *et arriva coiffé de la tête jusqu'à la sortie du bassin.*

Trois mois après, l'utérus avait repris une position normale, et, en outre, il était toujours pourvu d'une communication avec le vagin, pouvant mesurer environ 0,01 centimètre de longueur.

OBSERVATION VIII.

(A. STEYER). Accouchements pénibles, dûs à l'atrésie utérine.

L'auteur a observé 2 cas de ce genre, ayant nécessité une incision.

1^{er} cas. — Femme de plus de 40 ans, primipare : l'orifice du col était fermé par une membrane, de l'épaisseur de la cornée environ, et qui put être traversée par l'ongle ; l'accouchement fut normal.

2^e cas. — Primipare de 20 ans (avait eu des flueurs blanches pendant la grossesse). Le travail était commencé depuis plusieurs jours.

L'auteur trouva la tête profondément située dans le bassin, mais ne sentit pas d'abord l'orifice du col. Le jour suivant, il sentit, avec peine, un creux qui en tenait lieu ; le *musseau de tanche* était à peine saillant, et le fond du creux était représenté par une membrane aussi épaisse que le reste de la paroi utérine.

Trois ou quatre petites incisions, faites au bistouri, en cet endroit, eurent pour résultat d'amincir notablement la membrane, au bout de 36 heures, on entreprit un débridement complet, suivi d'une dilatation faite avec les doigts. Aussi, dans les 24 heures suivantes, la dilatation du col fut-elle complète, la poche des eaux se rompit, et le fœtus sortit, mais avec l'aide du forceps. Le travail avait duré 8 jours, suites de couches normales (fait remarquable : la garde-malade de l'accouchée avait 17 ans, et était déjà grosse pour la 3^e fois).

OBSERVATION IX.

M. LIEBMANN-BUDAPEST. (Atrésie utérine après un accouchement laborieux) (1).

Chez une primipare âgée de 20 ans, expulsion prématurée des eaux de l'amnios, suspension des douleurs. Dégagement de la tête assez facile avec le forceps, mais, étant donné l'inertie utérine et la disproportion du canal génital et du fœtus, le dégagement des épaules n'est possible qu'avec l'aide du crochet de Braun. Après l'extraction du fœtus, macéré en certains points, s'échappe du canal génital une grande quantité de gaz d'une odeur infecte.

Utérus inerte ; décollement et enlèvement, avec la main, du placenta très adhérent. Déchirure périnéale suturée.

Pendant la puerpéralité, fièvre avec frissons, et la plaie vaginopérinéale prend un aspect diphtéritique ; les lochées sont très fétides. Expulsion de lambeaux de tissus sphacelés.

Après trois semaines, la femme quitte le lit ; écoulement abondant, qui après des injections vaginales astringentes, cesse en quelques mois.. . . . Depuis un an, elle a pris de l'embompoint, et n'a plus ses règles. On fait alors une nouvelle exploration, et on remarque que l'utérus présente un *état virginal*, la sonde utérine peut tout au plus être poussée de la longueur de 0,01 centimètre dans le col.

Il n'y a pas de doute, l'atrésie des deux surfaces muqueuses est complète.

En 1877, un cas semblable a été observé à R... ; après l'accouchement d'un très gros garçon, à l'aide du forceps, la femme Stiberth eut, pendant 8 semaines, une fièvre violente.

Les règles n'étant pas revenues, on fit l'exploration des organes génitaux, sans reconnaître le col.

La malade mourut de périencéphalite diffuse, 12 ans après ses couches, et l'on trouva un utérus atrophié, à peine long de 0,04 centimètres. Le cathétérisme du canal fut absolument impossible, car il n'existait aucun pertuis faisant communiquer le vagin avec cet utérus rudimentaire.

Il ressort de ses observations que, si les femmes primipares

(1) Année 1881, p. 568.

y sont moins exposées que les autres, elles ne sont pas affranchies de ces complications.

Mais c'est ici surtout qu'il faut établir une différence essentielle avec un autre mode d'atrésie, dont nous n'avons pas encore parlé.

Personne n'ignore, en effet, qu'après la conception, il se produit une hypersécrétion des glandes cervicales qui donne naissance à un bouchon gélatineux.

Or, d'après quelques auteurs, Nægele entre autres, ce prétendu bouchon pourrait donner naissance à une oblitération spéciale, qu'il a nommée « *agglutination de l'orifice externe* » (1).

Nous croyons cependant que, dans la plupart des cas, il n'y aura pas à tenir compte de cette circonstance, car, d'après les auteurs les plus autorisés, et Depaul entre autres, ce bouchon reste gélatineux et se rompt dès les premières contractions utérines ; comment, en effet, admettre qu'il ait pu, en aucun cas, s'organiser au point de créer un obstacle ? Il est plus probable qu'il y a eu là erreur, et que dans les cas cités, l'atrésie vraie a été méconnue.

Le plus souvent, du reste, cet obstacle fragile se distinguera facilement de l'atrésie vraie : 1° *par sa texture*, car le doigt ou l'œil percevront toujours l'existence d'un infundibulum, parfois peu prononcé, il est vrai, mais 2° une pression, même assez modérée, exercée avec le doigt, au centre de cette membrane, suffira toujours à la faire éclater, ce qui démontre suffisamment que l'on n'a pas affaire à du tissu cicatriciel vrai.

Un examen sérieux des parties achèvera d'éclaircir le diagnostic.

C'est surtout chez les multipares que l'on rencontrera les rétrécissement ou les imperforations complètes du col, dus aux causes que nous avons énumérées plus haut.

(1) *Mogostocia e conglutinatione orificii uteri externi*. Heidelb. 1835.

Cependant, il est un mode de production de l'atrésie, qui est commun aussi bien aux primipares qu'aux multipares, mais que l'on trouve encore plus souvent chez celles-ci, je veux parler des métrites et des écoulements catarrhaux en général, ayant pour point de départ une modification de la muqueuse utérine, dont les cellules épithéliales sont atteintes de dégénérescence granulo-graisseuse, ou qui se trouve être le siège d'une ulcération, d'origine spécifique ou autre.

Sans vouloir nier ici la part qui revient à la maladie elle-même, ou plutôt, comme dit *Madame Boivin*, « à la densité du mucus que sécrète le col utérin, » qui, tenant embrassées deux surfaces enflammées, favorise leur soudure, nous ne pouvons cependant passer sous silence une cause très-fréquente d'atrésie, résidant essentiellement dans le genre de traitement adopté, pour modifier ces surfaces dégénérées, je veux parler de l'emploi des astringents, soit qu'ils soient portés directement sur le col, sous forme de crayons, soit qu'on les ordonne en injections concentrées. Il est bien avéré que c'est, de nos jours, le traitement le plus suivi, et cependant il paraît avoir causé, plusieurs fois, la lésion qui nous occupe ; de plus, quelques observations (dont nous avons déjà relaté deux cas dus à l'acide nitrique, dans les citations empruntées aux Allemands, obs. III et IV) tendent à prouver, ainsi que celles qui suivent, et qui sont dues à l'action du nitrate d'argent, que les *astringents ont été un des moyens actifs* de production de l'affection dont il est question. Est-ce parce que les cautérisations étaient trop profondes ? C'est probable ; mais sans pouvoir nous prononcer définitivement, nous nous contenterons de citer ces observations, telles qu'elles sont rapportées, et dans lesquelles l'atrésie est due aux cautérisations employées, dans deux cas, pour une *métrite du col*, et dans l'autre, pour une *ulcération* du même organes.

A. — Oblitération du col survenue dans le cours d'un traitement par les cautérisations répétées au nitrate d'argent, chez une femme multipare, âgée de 26 ans et enceinte de 7 mois 1½. Hystérotomie le 15 août 1875. — Guérison ; par le docteur Chambaud, à Vars (Charente), Archives de Tocologie, 1876, p. 514.

« Le 2 mars 1875, je fus appelé dans la nuit pour donner mes soins à M^{me} Véronique T..., mariée depuis cinq ans à un employé du chemin de fer d'Orléans. Cette femme est d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin ; elle a toujours joui, avant et après son mariage, d'une santé parfaite. Elle ressentait, depuis la veille, des douleurs très vives dans les reins et dans le bas-ventre. A mon arrivée, voici quel était son état :

Elle était dans le décubitus dorsal, et dans l'abattement le plus complet. Visage en sueur, peau chaude, respiration courte et précipitée, pouls réguliers à 130 pulsations par minute. Les reins surtout étaient très douloureux, la nuit avait été très agitée.

Après l'avoir interrogée, mon attention se porta sur les organes génitaux. Au palper, je trouvai le ventre dur et ballonné, sensible à la plus légère pression ; la main rencontrait, dans l'hypochondre droit, un corps globuleux et arrondi, dans lequel je reconnus l'utérus. Son volume dépassant celui de cet organe, à l'état de vacuité, je soupçonnai cette femme enceinte, et je jugeai la grossesse de deux mois et demi environ, avec les indications fournies par M^{me} T. ., qui m'indiquait le 7 décembre 1874 comme l'époque réelle de la suppression des règles. De plus, la malade perdait abondamment depuis 15 jours, et les matières qui s'écoulaient par la vulve ressemblaient à du pus tachant le linge en vert. Ces symptômes, joints aux précédents, me firent diagnostiquer une métrite du col, accompagnant une grossesse probable.

Traitement : 15 sangsues sur le bas-ventre, cataplasmes chauds pour hâter l'émission sanguine, qui dura 6 heures, diète absolue,

tisanes délayantes ; comme il y avait constipation , lavement huileux.

Deux jours après je revis la malade dans l'après-midi, mais la face des choses avait bien changé ; il y avait du mieux ; l'émission sanguine locale avait apaisé les douleurs, la soif était moins vive, la peau moins chaude, les pouls à 104. Nuit bonne sans agitation, sommeil.

Le 4^e jour, elle commença à prendre des potages. Tous les symptômes inflammatoires avaient complètement disparu, mais, bien qu'elle ne ressentit que de légères douleurs dans le bas-ventre, elle continuait à perdre abondamment.

Trois injections par jour d'alun et de décoction de feuilles de noyer, furent données chaque jour, et la malade garda au lit un repos absolu pendant plusieurs jours encore. Je me retirai, faisant observer au mari de m'avertir s'il n'y avait pas changement notable vers la guérison. Dix jours après, 14 mars, on me pria de revoir la malade qui perdait toujours abondamment. M'étant rendu près d'elle, et après l'avoir interrogée de nouveau, je la priai de se soumettre à un examen complet, et voici ce que je constatai :

Au toucher, le doigt indicateur étant porté jusque dans le cul de sac postérieur du vagin, on pouvait sentir la lèvre correspondante du col volumineuse, sensible à la pression ; sa surface présentait des inégalités en certains points, en même temps qu'elle était le siège d'une vive chaleur. Le museau de tanche, légèrement entr'ouvert, permettait l'introduction du doigt dans l'intérieur du col ; mêmes caractères pour la lèvre antérieure qui était inégale dans sa surface, et qui donnait en outre la sensation d'un tissu mollasse, malgré le traitement astringent qu'on avait suivi depuis quelques jours. De plus, ayant la paume de la main gauche appliquée sur le bas-ventre et un peu à droite, je réussis, de l'autre main, avec le doigt indicateur porté sur le col, à imprimer

à l'organe des mouvements de va-et-vient, et à apprécier ainsi le volume de l'utérus que je supposais gravide, d'après les signes rationnels accusés déjà par la malade. Cet examen ne déterminait aucun écoulement sanguin.

J'appliquai alors le spéculum :

La position de l'utérus, dont le corps était fléchi à droite et un peu en avant, et dont le col était porté en bas, à gauche et en arrière, rendit d'abord mon investigation difficile, je fus contraint de placer la malade sur son lit, de manière que la tête fut très basse et le bassin très élevé. Grâce à ce changement dans la position de la malade, je parvins à rencontrer le col, dont je constatai l'état suivant :

Gonflement énorme des lèvres antérieure et postérieure ; tout le pourtour du museau de tanche, dans l'étendue d'une pièce de cinq francs, est le siège d'une ulcération inflammatoire, à bords réguliers, à surface granuleuse, rouge et enflammée ; de plus, il s'écoulait de l'orifice externe des produits muqueux, purulents, ressemblant à des blancs d'œufs. Evidemment, il s'agissait d'une ulcération assez considérable, accompagnée d'un catharre aigu du col de la matrice. Je m'empressai de cautériser ces surfaces, ainsi que l'intérieur du col, en prenant bien garde d'aller trop loin, avec le porte caustique de Lallemand. Dès lors commença, pour la malade, le traitement pour les cautérisations au nitrate d'argent, que je répétai tous les huit jours à la même heure. Nous étions au 14 mars ; je vous prie, Messieurs, de remarquer cette date comme étant le point de départ du fait intéressant qui va suivre :

A partir de ce jour, tous les dimanches, à 9 heures du matin, jusqu'au 13 juin suivant, je pratiquai 14 cautérisations. A ce moment, je considérais la malade comme guérie, et je m'apprêtais à lui faire probablement une dernière cautérisation, lorsque, m'étant présenté chez elle, je la trouvai absente. Je revins chez moi,

avec l'intention de revenir le lendemain, si mes occupations me le permettaient ; or, soit oubli, soit empêchement, la cautérisation ne fut pas faite.

J'avoue le tort qui me revient en cette circonstance, car, huit jours après, lorsque je revis la malade, soit 15 jours après la dernière séance, je trouvai l'orifice externe complètement oblitéré.

Au premier abord, ne connaissant pas les cas d'atrésie complète du col publiés dans certains traités spéciaux, notamment dans celui de Churchill, que j'eus depuis entre les mains, j'hésitai à croire qu'un pareil accident pouvait se produire ; j'examinai de nouveau attentivement la malade, je fis même quelques efforts avec l'extrémité de la sonde, pour pénétrer dans le col, cherchant sur tous les points de la sondure complète, un pertuis, si petit qu'il fût, qui me donnât accès là où je voulais arriver. Vains efforts. Je retirai alors le spéculum, et, pratiquant le toucher, j'essayai de rompre, avec l'ongle cette cicatrice de nouvelle formation. Cette tentative fut encore infructueuse, j'aurais plutôt déchiré la muqueuse du voisinage, que d'arriver au but que je m'étais proposé.

Notre honorable secrétaire, ici présent, auquel je fis part de ce cas, m'affirma que dans le cours de ses 25 années de pratique, tant dans sa clientèle civile qu'à l'hôpital, il n'avait jamais vu un cas de cette nature ; aussi ne me dissimula-t-il pas ses doutes, me priant d'examiner la malade pour reconnaître une erreur probable.

Je fis alors un dernier examen et voici se que je constatai :

J'introduisis l'indicateur dans le fond du vagin et le promenai dans tous les sens, dans le cul de sac circulaire ; je sentais alors le segment inférieur de l'utérus proéminer dans ce conduit, et avoir une longueur d'environ 1 centimètre et demi. Le col était ainsi parfaitement accessible, je cherchai avec attention un orifice au travers duquel je pourrais pénétrer ; il n'y en avait point. Ce

que je suis en droit d'affirmer, c'est que l'orifice du museau de tanche était fermé et remplacé par un sillon transversal, au fond duquel je sentais le tissu de nouvelle formation, qui tenait les deux lèvres tellement accolées qu'il y avait soudure complète.

Cette cicatrice donnait de plus au toucher, la sensation d'un tissu plus résistant que celui du voisinage, et sa surface présentait des rides que le doigt pouvait sensiblement apprécier.

Cette fois, comme les précédentes, je demeurais convaincu qu'il y avait occlusion complète, et pour donner à cette exploration plus de certitude encore, j'appliquai le spéculum qui me permit de voir, dans toute son étendue, le col avec une dépression transversale limitée en avant et en arrière par la lèvre antérieure et postérieure; au fond du sillon, la cicatrice apparaissait avec tous les caractères révélés par le toucher, et aucun pertuis, si petit qu'il fût, ne donnait accès dans l'utérus.

Cette dernière investigation ne faisait donc que confirmer les précédentes, aussi fus-je satisfait.

Le 11 août, je me rencontrai dans le cabinet de consultation de notre confrère, et, le stilet à la main, M. Bessette reconnut que l'orifice était complètement oblitérée.

L'authenticité du fait était donc acquise.

On comprendra donc les doutes que nous exprimions au début, car on sait combien de tels cas sont rares; et l'on verra pourquoi j'ai insisté auprès de mon honorable confrère pour vérifier le cas pathologique auquel je désire donner toute la publicité possible dans le but de prévenir par un traitement et des soins particuliers, de retour chez la femme enceinte, d'un accident très rare, il faut en convenir, mais qui ne manque pas de gravité, à n'envisager que l'opération devenue pour lors indispensable, je veux parler de l'hystérotomie.

Du 13 juin au 11 août, époque à laquelle je conviai M. Bessette

à prendre connaissance par lui-même du fait en observation, il s'était écoulé un intervalle de temps que j'estime à deux mois environ.

Pendant ce temps-là, je n'étais pas demeuré inactif en présence d'une forme que l'intervention chirurgicale pouvait seule, à mon avis, délivrer. Mais, à défaut de cette expérience qu'on n'acquiert qu'avec de longues années, je résolus d'avoir l'avis de notre maître, M. Depaul.

Aussi, dès le 26 juillet, je lui écrivis à ce sujet.

M. Depaul me répondit en m'engageant à laisser le fœtus se développer jusqu'au terme de la délivrance, et, à ce moment, si l'obstacle existait toujours, à le sectionner au bistouri.

Je rassurai donc ma malade, et, en prévision de l'opération, croyant avoir encore devant moi un délai d'une vingtaine de jours, j'écrivis à Paris pour me procurer les instruments nécessaires.

Je devais les recevoir au commencement de septembre, quand, dans la nuit du 14 au 15 août, on vint frapper à ma porte, me priant de me rendre chez M^{me} T....

En arrivant, je la trouvai aux prises avec les douleurs de l'enfantement qui duraient, paraît-il, depuis la veille à 3 heures de l'après-midi ; il était 4 heures du matin, elle souffrait donc depuis 14 heures, elle qui avait accouché très-heureusement deux fois en moins de 6 heures de temps.

J'estimai alors que le temps écoulé était suffisamment long pour que les adhérences se soient rompus si elles avaient dû le faire, et je me disposai à intervenir.

J'envoyai, dès lors, quérir la sage-femme et mes instruments (forceps et trousse ordinaire), puisque ceux que j'avais commandés n'étaient pas encore arrivés. Ce fut aussi cette raison qui m'engagea à renoncer au manuel opératoire généralement employé, et à me servir du spéculum.

Le lit fut donc amené près de la fenêtre, et la malade disposée comme pour un simple examen.

Mais, avant d'appliquer le spéculum, je voulus encore une fois savoir :

1° Quelle était la position de l'enfant ;

2° Comment il se présentait.

Au palper, je reconnus la tête du fœtus sur le point de franchir le détroit supérieur. A l'auscultation, j'entendis nettement à gauche, sur le milieu d'une ligne partant de l'épine éliaque antérieure et supérieure et se rendant à l'ombilic, le bruit de souffle placentaire, et un peu plus bas, le tic-tac particulier du cœur du fœtus.

Je fus donc rassuré par cette présentation normale.....

J'élevai le siège de façon à ce que l'utérus ne pressât pas contre le pubis et retombât, de son propre poids, en arrière, ce qui me permet de sentir, avec mon doigt, que le col était toujours fermé ; de plus, je reconnus que le col ainsi que le vagin étaient très-mous, ce qui me décida à opérer sur le champ.

J'introduisis donc le spéculum et bientôt le col de l'utérus se montra dans l'orifice de l'instrument, que je fixai.

J'opérai avec lenteur, pour ne pas intéresser la tête du fœtus, qui était très-près. En incisant, avec la pointe du bistouri, toute la longueur de la cicatrice, dans une étendue de 2 centimètres 1/2, je sentis que le tissu que je divisais était dur, résistant et d'une épaisseur de quelques millimètres seulement.

A ma troisième incision, jaillit un liquide abondant, rouge, que je pris d'abord pour du sang pur, mais que je reconnus bientôt être le liquide amniotique qui s'écoulait à flot, rougi par le sang des premières incisions.

N'ayant pas de bistouri boutonné courbe pour agrandir ma première incision, j'introduisis le doigt et agrandis l'ouverture par

des tiraillements modérés effectués dans tous les sens. Je sentis alors la tête de l'enfant venir se placer contre cette ouverture qu'elle boucha complètement.

Là devait se terminer mon intervention, car, la présentation étant favorable, j'abandonnai le reste à la nature. Il était 9 heures du matin.

A 11 heures, je revins près de la malade dont j'entendais les cris séparés par des intervalles de temps réguliers :

La tête avait déjà franchi le détroit inférieur : j'encourageai la malade et la soutins par un peu de bouillon et de vin généreux.

A midi, M^{me} T... mettait au monde, vivant mais non-viable, un enfant du sexe féminin, qui mourut le lendemain.

Je fis alors la délivrance, qui n'offrit rien de particulier, l'utérus était revenu sur lui-même comme dans un cas normal. La malade n'avait pas perdu la valeur d'un verre de sang.

L'état général était alors le suivant :

Visage pâle, traits altérés, peau fraîche recouverte d'une sueur visqueuse, respiration essoufflée, fréquente, pouls rapide, petit, à 104 pulsations. Quelques frissons nerveux passagers. Bouillon et vin étendu d'eau.

Le 15, à ma visite du soir, je constatai une grande amélioration dans l'état de la malade ; sa physionomie était meilleure : la pâleur du visage avait disparu pour faire place à de la rougeur ; la respiration était normale, la peau chaude et couverte de sueur, pouls moins petit à 104. Température 38°, 7'. L'ayant interrogée, elle me répondit qu'elle avait beaucoup souffert, depuis mon départ, de coliques violentes qu'elle rapportait au bas-ventre. Celui-ci, en effet, était douloureux à la pression, surtout auniveau de l'utérus, relativement volumineux : il s'écoulait du sang par les parties génitales externes. Même traitement que le matin.

Le 16, au matin, on m'apprend que la nuit a été mauvaise ; M^{me} T... a été en proie à la plus vive agitation, presque en délire. Insomnie ; coliques aussi fortes. Pouls 104. Température 38° ; respiration courte et précipitée ; écoulement aussi abondant que la veille.

Le 16, au soir, même état ; je prescrivis, pour la nuit, une pilule de cynoglosse.

Le 17, au matin, pouls plus fréquent que la veille. Température 38°, 8'.

A crié toute la nuit, se plaignant de douleurs aussi vives que pour accoucher. Insomnie, agitation anxieuse ; l'écoulement s'est tari subitement. Elle demande du soulagement.

Supposant une congestion utérine intense, je prescrivis 15 sangsues sur le bas-ventre, cataplasmes sur les piqures pour hâter l'écoulement sanguin, qui dura cinq heures. Bouillons légers, eau vineuse pour tisane.

Le 17, au soir, l'état de M^{me} T... s'est amélioré, les douleurs ont cédé quelques heures après l'application des sangsues ; sensibilité du ventre moins marquée, utérus moins volumineux.

Comme la malade n'est pas allée à la garde-robe depuis qu'elle est accouchée, je prescrivis un lavement huileux.

La fièvre a baissé, pouls 100 pulsations, température 37°, 8'.

J'apprends qu'elle a dormi pendant une partie de la journée.

Mêmes prescriptions que la veille.

Le 18, au matin. Les lochies ont repris leur couleur habituelle. Pouls à 80. Température 37°, 2'. La nuit a été bonne ; elle a dormi tout le temps.

Prescription : Deux potages par jour ; bouillon, vin vieux étendu d'eau. Les lochies étant fétiales, je fais donner, par jour, deux injections au permanganate de potasse.

Le 18, au soir, même état ; cependant la malade se plaint de

douleurs vives dans les reins ; ceux-ci étant augmentés de volume et douloureux à la moindre pression, je fais exercer, à ce niveau, une compression légère au moyen d'une serviette. Même régime alimentaire.

Le 19. — Etat général très-bon. Aucun changement n'est survenu depuis la veille ; pouls à 80, température 37°.

Le 20. — L'état du pouls, qui est tombé à 64 pulsations, me fait considérer M^{me} T. . . comme hors de tout accident consécutif, et à peu près rétablie. Néanmoins, comme les lochies continuaient à être très-abondantes, je lui conseillai de garder le lit quelques jours encore. »

B. — Oblitération du col. Observation recueillie par M. le D^r Charpentier, prof., agrégé à la Faculté. (Archives de Tocologie, 1875, page 650.)

Le 16 septembre 1875, à 6 heures du matin, Mme Ibert, sage-femme, rue Gambey, 22, me faisait demander pour une malade qui présentait, disait-elle, une oblitération du col, et qui était en travail depuis près de 48 heures. Je m'y rendis, et constatai ce qui suit :

Mme L., rue Fontains-au-Roi, 27, est une femme robuste, forte, vigoureuse, bien constituée, n'ayant jamais eu de maladies graves, est d'une bonne santé habituelle. Sa seule maladie sérieuse, depuis la puberté, a été une affection utérine survenue à la suite de son 3^e accouchement, pour laquelle elle a été soignée par M. le docteur Lhuillier, rue d'Anjou.

Voici ses antécédents, jusqu'à l'accouchement actuel : Elle a 29 ans, et, pendant son enfance, elle a toujours été souffrante jusqu'à l'âge de 7 ans. A 11 ans, fièvre typhoïde. Règles à 15 ans 1/2 pour la première fois, accompagnées d'un ictère passager. Les règles n'étaient pas parfaitement régulières, et étaient fort peu abondantes, mais, à partir de cette époque, sa santé s'est affermie et depuis, elle n'a jamais été malade.

Mariée à 18 ans, elle est accouchée à 19 ans 1/2, d'un enfant avant terme (8 mois) qui s'est bien élevé. L'accouchement a été rapide, et elle s'est remise promptement.

Au bout de 2 ans 1/2, nouvelle grossesse, deuxième accouchement à 22 ans 1/2, à terme, cette fois : enfant bien constitué, accouchement facile. Suites de couches régulières. A 26 ans, 3^e accouchement, aussi facile, aussi régulier que les autres. Un an après ce dernier accouchement, Mme L., se sentant fatiguée et souffrante, alla consulter M. le Docteur Lhuillier, qui veut bien me transmettre la note suivante :

« Le 2 mai 1873, Mme L... est arrivée chez moi en présentant
« les symptômes ci-dessous : anémie complète, battements de
« cœur, etc., etc... maigreur, maux de reins, tiraillement d'esto-
« mac, névralgies intercostales, sensibilité extrême du ventre,
« surtout du côté de l'ovaire droit, enfin, pertes abondantes de
« glaires, ressemblant à du blanc d'œuf non cuit. J'ordonnai le
« quinquina, le fer, les bains de Barèges, et enfin je conseillai les
« cautérisations.

« La première cautérisation fut faite le 12 mai 1873, la 2^e le 17,
« la 3^e le 30 ; la 4^e le 10 juin, etc.... en tout, 27 cautérisations du
« 12 mai au 7 octobre 1873. En cinq mois, cet écoulement rebelle
« cessa complètement. Voici comment les cautérisations furent
» pratiquées : Avec un simple crayon de nitrate d'argent, je tou-
« che très-rapidement et passe le crayon sur les lèvres et *dans*
« *l'intérieur du col de la matrice*, tout en conseillant, le jour de
« la cautérisation, un certain repos et l'application de cataplasmes
« de farine de graine de lin sur le ventre. Jamais je ne me suis
« servi d'autres moyens, comme teinture d'iode, tannin ou nitrate,
« acide de mercure.

« Comme injections, la malade se servait du liquide suivant :
« Alun 20 gr., eau un litre. »

Pendant la durée du traitement, la malade aurait fait une fausse couche de deux mois. Le Docteur Lhuillier ne me donne aucun détail sur ce fait, qui ne paraît pas avoir interrompu le traitement. Les règles ont reparu, d'après la malade, pour la dernière fois, le 9 novembre 1874. Les 6 premiers mois se sont écoulés sans souffrance, mais, à partir de cette époque, elle fut souvent prise de douleurs analogues à celles qui précèdent ordinairement la venue des règles. Mme Ibert, sage-femme, fut appelée dans le courant du 7^e mois.

Les douleurs se renouvelant plus fréquemment, la malade fut mise au lit pendant plusieurs jours : lavements émollients avec racine de guimauve et tête de pavots. A huit mois nouvelles douleurs. La sage-femme examina la malade, pour voir s'il n'avait pas de commencement de travail : *elle ne put arriver au col*, et le supposa trop élevé. Présentation du sommet. Le 16 à 4 heures du matin, les douleurs sont plus vives et plus longues ; à 5 heures, Mme Ibert pratique le toucher : engagement profond de la tête. Le segment inférieur de l'utérus est tellement tendu pendant les douleurs, que, tout d'abord, on aurait pu croire qu'il y avait une dilatation complète, et que la tête n'était retenue que par les membranes. Je ne pouvais m'y tromper, ajoute Mme Ibert, dans la note qu'elle m'a remise : la visite faite dans le courant du 8^e mois ayant éveillé mon attention, je pensai avoir affaire à une oblitération du col. »

C'est dans ces conditions que je fus appelée à 6 h. du matin. Ainsi, les dernières règles le 9 novembre 1874, par conséquent, la grossesse présentant déjà cette particularité d'une prolongation notable. La malade, en effet, attendait son accouchement vers le mois d'août, fin d'août, au commencement de septembre, et a été fort surprise de voir se passer l'époque à laquelle elle attendait sa délivrance. A partir des premiers jours de septembre, le 2 ou 3,

elle a été prise de douleurs de reins beaucoup plus fortes, de douleurs de ventre et de contractions utérines dont elle se rendait parfaitement compte, ayant déjà eu trois enfants ; mais, comme elle le dit elle-même, *je sentais bien que ce n'était pas ça*.

Les premières contractions vraies et énergiques se sont manifestées le 14 septembre 1875, à 2 heures du matin, et se sont suivies depuis sans interruption, jusqu'au moment où j'ai été appelé le 16, à 6 heures du matin. Je me rendis chez la malade, et voici dans quel état je la trouve.

La face est bonne et l'aspect très satisfaisant. La femme se sent un peu fatiguée, mais la peau est bonne, le ventre indolore, hors les contractions, qui reviennent toutes les trois ou quatre minutes, et qui sont énergiques ; c'est surtout depuis la veille au soir, que les contractions se sont succédées avec cette régularité. Le pouls est à 88, pas de vomissements. La miction s'est exécutée régulièrement, ainsi que les gardes-robes ; en somme, état général très-satisfaisant.

Le palper me fait reconnaître une présentation du sommet en position O. I. G. A., et l'auscultation ne fait que confirmer ce diagnostic ; seulement les battements de cœur de l'enfant sont sourds et ralentis (112), mais réguliers et sans intermittence. Je procède alors à l'exploration vaginale. Je la pratique d'abord dans la position habituelle, et le toucher me fait constater la présence de la tête très avancée dans l'excavation.

Le segment inférieur de l'utérus, qui la recouvre, est assez mince pour qu'il soit facile, à travers son peu d'épaisseur de reconnaître les deux fontanelles, l'antérieure, située en arrière et à droite, au niveau de la symphyse sacro illiaque droite, la gauche, située plus bas au niveau de la cavité cotyloïde gauche. Le toucher confirme donc le diagnostic fait par le palper et l'auscultation, mais il m'est impossible de sentir le col et d'en découvrir aucune trace.

Désirant faire un examen plus complet, je fais placer la femme sur le bord du lit, le siège débordant le lit, les deux pieds appuyés sur 2 chaises, et je procède de nouveau au toucher. J'introduis d'abord un doigt, puis deux, sans pouvoir rien constater. Mais, le vagin était très-large, et la femme peu sensible, je finis par introduire la moitié de la main droite dans la cavité vaginale, et je procède à une exploration minutieuse. Impossible de découvrir aucune trace du col. Ce qui me frappe, c'est la minceur des parties qui me séparent de la tête, et qui sont si minces qu'elles sont tout-à-fait analogues aux membranes, et que l'on pourrait tout d'abord croire à une dilatation complète du col. La tête est séparée du doigt par le segment inférieur de l'utérus extrêmement aminci, derrière lequel on sent, au moment de la douleur, une accumulation assez considérable de liquide, et un ballotement évident de la tête. Les culs de sac du vagin sont tendus, libres, mais de trace du col, aucune. Le vagin est sec et n'est le siège d'aucun écoulement de liquide quelconque. Je procède alors à la même exploration avec la main gauche, et, en portant la main directement derrière la tête et dans l'axe du vagin, j'explore tout le segment inférieur de l'utérus, sans découvrir davantage le col. En un point pourtant, il me semble au moment d'une douleur, sentir une place un peu déprimée, où la fluctuation me semble plus manifeste, et qui me paraît devoir être ce qui reste du col. J'attends alors une seconde douleur, et, au moment où elle est à son summum, je pousse doucement sur ce point un peu déprimé ; sans grand effort, ce point cède sous la pression de la pulpe du médius, et immédiatement je sens l'orifice s'ouvrir sous mon doigt.

J'introduis alors mon bras entre les membranes et les bords de l'orifice ainsi créé, et, en quelques secondes, en poussant mon doigt sur le pourtour de cet orifice, j'obtiens une dilatation grande comme une pièce de 5 francs. Les bords de l'orifice sont souples,

minces et les membranes bombent à travers cet orifice. La tête se présentant, je romps les membranes, et, à mon grand étonnement, il s'écoule un flot de liquide complètement analogue à celui que l'on rencontre dans le cas où l'enfant est mort et macéré depuis un certain temps, liquide fortement coloré en rouge sombre. La tête s'applique sur le col qui se dilate en quelques minutes l'auscultation pratiquée immédiatement, me fait reconnaître les battements du cœur, commençant à devenir irréguliers. Je fais alors une application de forceps, et je ramène un enfant un peu asphixié, mais qu'il suffit de frotter vigoureusement pour le ranimer complètement.

La respiration se fait bien, le cri est fort, et l'enfant présente bientôt l'aspect d'un enfant parfaitement bien portant. Délivrance naturelle au bout d'un quart d'heure : pas d'hémorrhagie. Les suites de couches ont été parfaitement régulières, et aujourd'hui, 29 septembre, treize jours après l'accouchement, la mère nourrit l'enfant, qui n'a fait aucune difficulté pour prendre le sein.

C. — Femme enceinte de 7 mois environ. — Vomissements opiniâtres. — Accouchement provoqué. — Oblitération complète de l'orifice interne du col. — Hystérotomie. — Autopsie. — Cancer du pylore (Depaul).

Je dois à l'obligeance de M. le professeur Trousseau, qui voulut bien me demander mon avis sur cette femme, et qui plus tard la confia à mes soins, d'avoir pu recueillir la seconde observation qu'on va lire. De son côté, M. le docteur Beylard, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, m'a remis des notes détaillées qui, avec les miennes, m'ont permis de reproduire ce fait d'une manière complète.

La nommée Julie K..., âgée de 26 ans, entra à l'hôpital le 15 septembre 1855, pour s'y faire traiter de vomissements presque continuels qu'elle éprouvait depuis longtemps, et fut couchée au n° 11 de la salle Saint-Bernard.

Cette femme, d'une taille moyenne, blonde et d'une constitution assez délicate, avait été réglée pour la première fois à l'âge de 14 ans. A 18 ans, première grossesse qui se termina par une fausse-couche à deux mois. La santé se rétablit promptement, et, peu de temps après, survint une seconde grossesse qui suivit une marche régulière, et qui, cette fois, se *termina à terme et spontanément* par la naissance d'un enfant vivant. Je crois devoir signaler qu'elle n'avait éprouvé ni nausées, ni vomissements.

Elle put allaiter son enfant jusqu'au 10^e mois ; mais à cette époque, fatiguée et épuisée, elle dut le sevrer. Depuis ce moment, sa santé se rétablit, et, pendant près de 6 ans, elle se porta assez bien. Toutefois elle fut atteinte d'une *ulcération du col de l'utérus, pour laquelle on dut pratiquer plusieurs cautérisations avec le nitrate d'argent*. Sous l'influence de ce traitement, elle guérit complètement et ne se plaignit de rien jusque vers la fin de 1854.

Alors elle commença à vomir, tous les deux jours, et peu de temps après les repas, une petite quantité des aliments qu'elle prenait. Jusque-là, elle avait eu ses règles tous les mois. Une dernière époque, qui n'offrait rien de particulier, eut lieu le 10 mars 1855. A partir de cette dernière apparition des règles, les vomissements devinrent plus fréquents et plus abondants. Ils se renouvelèrent 2 et 3 fois par jour. Ils consistaient surtout en matières alimentaires, qui, selon l'expression de la malade, exhalaient une odeur acide très prononcée. Sous leur influence, il survint de l'amaigrissement qui fit de rapides progrès, et bientôt, dépérissant chaque jour, et ne pouvant plus rien faire, elle se décida à entrer à la clinique d'accouchement de la Faculté, le 21 août 1855. Elle était alors enceinte d'environ cinq mois. Elle séjourna dans cet établissement jusqu'au 9 septembre suivant. Là, on employa successivement l'eau de Seltz, la glace, la potion de

Rivière, l'eau de Vichy. Au dire de la malade, ce dernier médicament aurait arrêté les vomissements pendant quelques jours, mais ils ne tardèrent pas à se reproduire avec la même intensité.

Du 9 au 15 septembre, époque à laquelle elle entra à l'Hôtel-Dieu, cette femme resta chez elle, éprouvant toujours les mêmes accidents, et ne prenant pour toute nourriture que de la semoule de gluten.

Voici maintenant ce qui fut constaté à la clinique de l'Hôtel-Dieu le 16 septembre : amaigrissement et faiblesse portés à un degré extrême, vomissements fréquents, grossesse rendue évidente par les mouvements actifs du fœtus et par l'audition facile des bruits du cœur. On calcula qu'elle était au commencement du 7^e mois.

La poitrine fut examinée et jugée saine. Il n'y avait ni toux, ni expectoration, aucun bruit anormal à l'auscultation. La percussion, toutefois, permit de constater une très légère matité au-dessous de la clavicule droite.

M. Trousseau prescrivit de porter sur le col utérin un petit tampon de coton enduit d'extrait de belladone. On donna une portion d'aliments.

17 septembre. — Deux vomissements ont eu lieu ; la malade accuse une grande constipation. On continue l'extrait de belladone sur le col, et on fait prendre un lavement avec addition de 100 grammes de miel de mercuriale.

19 septembre. — Un seul vomissement, mais pas de garde-robe.

Il y a eu une grande sécheresse de la gorge et de la céphalalgie. Les pupilles sont dilatées. On continue l'extrait de belladone, et on donne 1 gramme de Jalap en poudre, et 0,10 centigrammes de calomel à prendre en 2 pilules.

20 septembre. — Un vomissement, pas de selles. Lavement au séné, extrait de belladone.

21 septembre. — Le lavement a produit son effet. Il y a eu un vomissement. On continue l'application locale d'extrait de belladone.

22 septembre. — Plusieurs vomissements ; faiblesse et fatigue considérables, céphalalgie, fièvre. Traitement : extrait de belladone et trois cuillerées à café de rhum à prendre dans la journée.

23, 24 et 25 septembre. — Même état et même traitement.

26 septembre. — M. Trousseau, convaincu que les vomissements de cette femme se liaient à son état de grossesse, pensa que l'avortement provoqué était le seul moyen de la soustraire à une mort imminente. Cependant, avant de s'arrêter à un parti aussi grave, il crut devoir prendre l'avis de plusieurs de ses collègues, et il voulut bien réclamer le mien.

En conséquence, MM. Legroux, Horteloup, Piedagnel, Trousseau et moi, nous nous réunîmes en consultation, et chacun de nous examina la malade avec le plus grand soin.

Tout le monde fut d'avis que les vomissements qui épuisaient cette femme étaient de la nature de ceux que produit parfois la grossesse, et que la gravité de la situation était telle, qu'il faudrait prochainement prendre un parti.

Un peu de matité, qui existait au-dessous de la clavicule droite, fit croire à l'un des consultants qu'il y avait probablement des tubercules au sommet du poumon de ce côté ; mais cette opinion ne fut pas généralement partagée.

Spécialement chargé de me prononcer sur l'opportunité de la provocation de l'accouchement, j'émis l'opinion que ce serait la ressource extrême à laquelle il faudrait sans doute recourir, mais il me sembla aussi que le danger n'était pas assez grand pour qu'on ne pût pas retarder de quelques jours. Je fis valoir en outre que cette temporisation, qui me semblait compatible avec les intérêts de la mère, rendait la viabilité de l'enfant plus assurée. Cette manière de voir fut partagée, et l'intervention fut ajournée.

27 septembre. M. Trousseau, voulant savoir à quoi s'en tenir sur l'état de la poitrine, examine la malade, mais déclare ne trouver aucune trace du tuberculisatation.

Traitement. Matin et soir, lavement contenant un œuf crû ; un mélange de hachis de bœuf crû et de 4 grammes de charbon de Belloc, à prendre par bols dans du bouillon, Rhum.

28 septembre. Plusieurs vomissements.

29 septembre. Un vomissement, continuation des lavements d'œufs crû, on fait avaler des fragments de glace.

30 septembre. Pas de vomissements, même traitement.

1^{er} octobre. On supprime le rhum.

Le 2, 3, 4 et 5 octobre, pas de vomissements. On continue la viande crue, et on donne des bouillons et du vin.

Le 6 et le 7. Un seul vomissement.

8 octobre. Un vomissement, et, de plus, on constate pour la première fois, des raideurs dans les membres supérieurs. Les doigts sont contracturés. Même traitement continué.

Le 9 et le 10. Pas de vomissements, mais contractures persistantes.

Dans la soirée de ce dernier jour, quelques contractions utérines se produisent, et font croire à un commencement de travail.

Le 11, au moment de la visite, on trouve la malade dans une stupeur complète ; mais, quelques instants après, elle est prise de convulsions dans les muscles de la face et des membres supérieurs.

M. Trousseau, qui n'avait pas encore quitté la salle, reconnaît une attaque d'éclampsie.

M. le docteur Beylard pratique le toucher vaginal, et constate que le col est un peu long, mais qu'il n'a pas encore subi la dilatation. L'enfant est toujours en vie.

En présence de cette nouvelle complication, M. Trousseau pensa que le moment d'agir était venu ; il m'écrivit alors et me demanda de prendre la direction de cette malade, qu'il confia à mes soins.

Je la vis dans la matinée, et constatai que son état n'avait fait que s'aggraver. La maigreur et la faiblesse étaient portées à un degré extrême. Pouls fréquent et filiforme. Les convulsions ne s'étaient pas reproduites.

Les facultés intellectuelles et sensoriales étaient complètes et cette pauvre femme se déclarait prête à supporter tout ce qu'il faudrait faire, pour la soustraire à une mort qu'elle sentait prochaine.

Quelques heures étant nécessaires pour préparer ce qui était indispensable pour provoquer l'accouchement prématuré, je donnai rendez-vous à quelques médecins, aux internes de l'hôpital et à de nombreux élèves, attirés par la rareté du cas, pour deux heures ; j'avais décidé que je mettrais en usage les douches utérines. Le chef de clinique de M. Trousseau, M. Beylard, disposa tout ce dont je pouvais avoir besoin, et, à l'heure convenue, je revins à l'Hôtel-Dieu.

Tout était prêt pour donner les douches.

La malade fut placée sur le bord d'un lit convenablement préparé.

Avant d'introduire la canule qui devait transmettre le liquide, je crus nécessaire de constater l'état du col, et, mon étonnement fut grand, quand je reconnus que l'*orifice interne* était complètement oblitéré. Voici quel était l'état des parties :

Le col, situé assez bas et à peu près au centre du bassin, formait dans le vagin une saillie de 8 à 10 millimètres tout au plus. Son orifice externe *étant béant, et aurait admis sans peine l'extrémité de deux doigts*. L'indicateur, introduit dans cette cavité, était arrêté à un centimètre de profondeur par une cloison transversale, épaisse, résistante, qui obstruait complètement le col en ce point. On ne sentait ni pertuis, ni dépression, qui pût donner l'idée d'une communication quelconque entre la cavité du col et celle du corps. Une sonde utérine fut substituée au doigt et pous-

sée dans toutes les directions, mais elle ne put franchir l'obstacle. Il en fut de même d'un stylet beaucoup plus fin. Après avoir renouvelé plusieurs fois toutes ces tentatives, et toujours avec le même résultat, je priai M. le docteur Beylard et plusieurs assistants, d'examiner à leur tour, ce qu'ils firent avec grand soin, et tous purent constater l'oblitération complète de l'orifice interne.

Quoiqu'il ne restât aucun doute dans mon esprit, voulant donner, à ce cas rare, toute l'authenticité possible, j'appliquai le spéculum, et, après avoir engagé le col dans l'instrument, il devint facile, en poussant un peu fort vers le segment inférieur de l'utérus, d'entr'ouvrir l'orifice externe, de mettre à découvert la cloison dont j'ai parlé, et de constater que, non seulement elle était adhérente dans tout son pourtour, mais encore qu'elle ne présentait d'orifice en aucun point de son étendue. Je fis voir cela à plusieurs des assistant. J'essayai de nouveau de trouver une passage avec un stylet, mais ce fut en vain. La démonstration me parut aussi complète que possible. Je ne pouvais plus songer, dès lors, aux douches utérines. La première indication était de supprimer cet obstacle, et, vu la gravité des circonstances, je pris immédiatement mon parti.

Voici comment j'opérai :

Je retirai le spéculum, et j'introduisis, avec les doigts de la main gauche, l'extrémité de larges ciseaux courbes, que j'avais à ma disposition, jusque sur l'obstacle ; puis, les écartant légèrement, je cherchai, à petits coups, à entamer la cloison accidentelle ; cela se fit sans peine, quoiqu'elle eût une certaine épaisseur. Prenant alors un bistouri boutonné ordinaire, je l'introduisis dans l'ouverture que j'avais pratiquée, et je débridai dans une petite étendue, à droite et à gauche. Puis, je rompis les membranes, et fis écouler une assez grande quantité de liquide amniotique. Je reconnus que la tête de l'enfant se présentait ; mais, l'orifice étant

encore étroit et rigide, j'introduisis de nouveau le bistouri boutoné, et je débridai en arrière.

Le col s'entr'ouvrit aussitôt et offrit le diamètre d'une pièce de deux francs. Les choses étant dans cet état il me parut convenable d'attendre et de laisser aux contractions utérines, qui s'étaient déclarées pendant l'opération, le soin d'avancer le travail.

Je fis remettre la malade au lit et je promis de revenir la voir le soir. Je revins, en effet, à sept heures. La dilatation était devenue assez grande pour que la tête eût entièrement franchi le col.

Ayant égard à l'état de faiblesse de la malade, et à quelques nouveaux mouvements convulsifs qui s'étaient produits, je fis une application de forceps, et je pus, sans aucune difficultés, et très-promptement, extraire un enfant vivant qui paraissait bien avoir sept mois révolus.

La délivrance fut naturelle ; en somme, cet accouchement ne donna lieu qu'à des douleurs très-modérées, et la quantité de sang perdu fut peu abondante.

Tout étant terminé, la malade fut reportée dans son lit.

Le poulx avait repris un peu de force, et elle paraissait mieux ; on prescrivit des cataplasmes sinapisés appliqués successivement aux pieds et aux mains, et une potion cordiale.

12 octobre. — Pendant la nuit, il y eut quelques nouveaux mouvements convulsifs. Au moment de la visite, on constate une pâleur extrême du visage et un grand état de stupeur. Les traits sont altérés, le poulx très-faible et très-fréquent. On prescrit un lait de poule et un peu de vin de Bagnols.

13 octobre. — Les accès convulsifs se sont beaucoup rapprochés et devenus beaucoup plus intenses. On prescrit un vésicatoire à la nuque, et un à chaque mollet, mais la mort survient à 3 heures du soir au milieu de fortes convulsions.

L'enfant qui, dans les deux premiers jours, avait pu prendre un

peu de lait, s'affaiblit très rapidement, et succomba le 14 octobre. A l'autopsie de la femme les poumons furent trouvés parfaitement sains Il en fut de même du cerveau. Mais, chose qui étonna beaucoup, car elle n'avait pas été soupçonnée pendant la vie, on rencontra un cancer du pylore et l'on eut alors la véritable explication de ces vomissements opiniâtres que la coïncidence d'une grossesse avait permis de lui rapporter.

Quant à l'utérus, on retrouva sur son col les traces des trois incisions qui ont été pratiquées, mais si l'on n'eût connu les détails mentionnés plus haut à l'égard de l'occlusion de l'orifice interne, on eût difficilement soupçonné qu'un obstacle de cette nature avait existé.

Cette relation de M. Depaul est remarquable en ce sens que c'est la première observation où l'on constate l'oblitération de l'orifice interne seul ; c'était une femme enceinte de six mois.

L'oblitération de l'orifice externe, au contraire, n'a été généralement observée qu'à la fin de la grossesse.

On peut jusqu'à un certain point reconnaître lequel des orifices est atteint d'atrésie : en effet, lorsqu'on porte le doigt dans l'intérieur du vagin, le toucher révèle, dans le cas d'atrésie de l'*orifice externe*, l'*absence complète* du col utérin, ce qui s'explique facilement, si l'on réfléchit que la soudure s'est opposée à la dilation normale du col, de bas en haut. Dans le second cas, au contraire, la dilatation s'effectue normalement, autant du moins que le permet la dégénérescence fibreuse plus ou moins complète du col, et le tissu cicatriciel qui occupe l'orifice ; mais cette dilatation se trouve nécessairement arrêtée plus haut, comme tout-à-l'heure, par la soudure de l'orifice interne.

Au point de vue opératoire, du reste, ces circonstances sont peu importantes, le même traitement étant applicable à l'une et à l'autre forme : section du diaphragme cicatriciel.

Quant au diagnostic, il est évident qu'il sera plus facile, du moins au début du travail, de reconnaître l'atrésie, si c'est l'orifice externe qui est intéressé, car, dans ce cas, le vagin se termine brusquement par un cul de sac sans aucune trace du col; toutefois, on pourra être embarrassé de savoir où est réellement l'orifice oblitéré qu'il s'agit d'ouvrir; si l'orifice interne seul est atteint, le travail commencera d'une façon normale, et, la plupart du temps, c'est seulement lorsqu'en présence de douleurs intenses, et après plusieurs explorations que l'orifice externe est trouvé perméable; l'accoucheur, étonné de ces retards inexplicables, portera le spéculum dans les parties de la femme, et reconnaîtra que le col n'est perforé qu'en partie, et que sa cavité se termine brusquement en cône; car avant l'exploration par le spéculum, le doigt porté sur l'obstacle, ou la sonde utérine, on reste dans l'incertitude.

Tout ce que nous avons dit de l'accouchement, comme cause efficace de l'atrésie, est naturellement applicable, toutes proportions gardées, à l'avortement, qui n'est, par le fait, qu'un accouchement prématuré, et dont les suites, au point de vue qui nous occupent, sont proportionnelles aux lésions créées.

Il est encore un ensemble de causes puissantes, mais qui agissent indirectement, par l'état inflammatoire et la suppuration qu'elles engendrent; je veux parler de la *Chloro-anémie*; celle-ci agit en déterminant ces écoulements rebelles et presque intarissables, pour la cure desquels le médecin, à bout de ressources, va porter directement, sur la muqueuse utérine, des caustiques puissants susceptibles de déterminer, par leur énergie, la cicatrisation de l'orifice du museau de tranche: (c'est ainsi que nous avons vu plusieurs cas d'atrésie être produits par l'*acide nitrique*, dans les observations allemandes). M. le professeur Herrgott nous a dit aussi en avoir observé un exemple, en 1845, à Belfort, à la suite de *cauterisations au fer rouge*.

Nous ne pouvons citer ici que pour mémoire, les rétrécissements partiels ou complets, produits par les néoplasmes, car ils s'éloignent du point de vue auquel nous nous sommes placé ; mais il est une diathèse dont les lésions, par leur aspect variable à l'infini, ne sont pas toujours reconnues facilement, à cause de la similitude d'aspect qu'elles présentent souvent avec les ulcérations produites par ces leucorrhées rebelles dont nous avons parlé, et aussi avec certaines métrites ulcéreuses du col : c'est la diathèse syphilitique. Non seulement, par les écoulements qu'elle déterminent, elle peut réduire à néant le conduit utéro-vaginal, mais encore, par certaines lésions qui lui sont spéciales, elle conduit parfois au rétrécissement plus ou moins complet de ce canal, produit une induration partielle de cet organe, ou, se localisant sur un point, amène un sclérème de l'une des lèvres du col, de façon à la rendre complètement inextensible et impropre à son rôle.

Toutes ces lésions, sur lesquelles nous reviendrons, à propos de la dernière observation que nous publions (celle de Nancy), sont sans doute produites par un état du col, analogue à celui que l'on voit fréquemment se développer aux grandes lèvres, chez les femmes syphilitiques, et dont on a pu observer plusieurs cas remarquables dans le service de M. le professeur P. Spillmann : (Oberlin. 1879.)

La syphilis ne ferait ici que suivre la marche qu'elle affecte d'ordinaire, en produisant une sclérose hypertrophique du tissu conjonctif des organes sur lesquels elle localise son action virulente.

Il nous reste, maintenant, à publier la dernière observation, celle qui nous a suggéré l'idée de ce travail, puis nous aborderons le diagnostic et le traitement, qui ne sauraient nous retenir longtemps, après les développements qui nous ont été fournis par les précédentes observations.

Atrésie du col (observation prise à la maison de secours de Nancy (Maternité), clinique de M. le professeur Herrgott (24 avril 1882).

Marie-Marguerite B. . . , couturière, née à Longwy, primipare, et âgée de 20 ans, entre à la Maternité, le 24 avril 1882.

Elle est de taille moyenne, de constitution délicate, et ne présente aucune trace de syphilis, pas d'antécédents héréditaires importants.

Santé chancelante dans son enfance, gastro-entérite probable ; en 1878, pleurésie ; en 1879, fièvre typhoïde. Ignore quand elle a marché pour la première fois.

Première menstruation à 13 ans, régulièrement depuis, tous les mois, pendant 4 à 5 jours, parfois douloureuses. *Pas de leucorrhée*. Dernières règles le 22 juillet 1881, les règles de juin n'avaient duré qu'un jour. Premiers mouvements du fœtus en février 1882, perceptibles surtout à droite. Comme phénomènes sympathiques de la grossesse, il y aurait eu, dès le début, et jusqu'au milieu de la grossesse, une inappétence presque absolue, sans vomissements, et avec une préférence marquée pour le vinaigre et l'eau. Pas de constipation.

A son arrivée à la Maternité, le 24 avril, à 10 heures du matin, elle est en travail depuis le 22, dit-on. Les douleurs étaient très vives, et, comme rien n'avancait, on alla quérir M. le Dr Spillmann, qui constata que le col était toujours d'une longueur normale, et comparable, selon son expression « à une verge de chien ». Emollients, éponge préparée introduite dans le col, et presque aussitôt expulsée. Le 24, M. le professeur Herrgott constate une présentation crânienne, variété O. I. D. P. Au toucher, le col a toujours environ 0^m,015 millimètres ; il est élevé, dirigé en arrière, ramolli.

Ayant appliqué le spéculum plein d'abord, puis le spéculum de Ricord, M. le professeur Herrgott cherche à se rendre compte,

avec une sonde, de la perméabilité du col ; celle-ci, après quelques tâtonnements, s'engage dans l'orifice. Se servant alors de la sonde comme conducteur, il essaye avec le doigt, auquel il communique des mouvements de vrille, de pénétrer dans le matrice. mais, à l'orifice interne, il est arrêté par une véritable corde, résistante, qui ne lui permet pas d'avancer, car elle oppose une résistance énorme.

Il se décide alors à recourir au lithotome de Dupuytren, l'introduit en se servant de la sonde comme guide, mais le résultat est négatif, l'instrument glissant et coupant mal.

M. Herrgott eut alors recours au bistouri mousse à long manche, qu'il introduisit sur le doigt comme indicateur, et pratiqua 4 incisions, dont 2 latérales et 2 obliquement postérieures. Immédiatement, léger écoulement sanguin.

Le 25 avril, T. 36°,5, elle accouche spontanément, à 4 h. 1½ du matin, d'un garçon pesant 1,330 gr., mort. Pas d'hémorrhagie consécutive. Cathétérisme pour faire uriner. Quelques pertes rouges. Utérus 0^m,130 de haut, incliné à droite. *Autopsie de l'enfant* : rien à noter, ni à la surface du corps, ni aux orifices. Tête violacée. Paupières tuméfiées, verdâtres, foie volumineux, brun-violacé, tuméfié, occupant les 2/3 supérieurs de l'abdomen. Intestins pâles. Rate peu volumineuse. Poumons sains, rosés, *carnifiés*. Cœur normal.

Placenta *complètement blanc*, ressemblant à du lard cuit et refroidi, dégénérescence grasseuse. Longueur totale 0,40 cent. — Diamètre OM = 0,10 ; OF = 9 ; SO Br. = 0,7 ; Bipariétal 0,7.

Nous avons pu savoir, par M. le docteur Spillmann, que le père de cet enfant était syphilitique, mais la mère ne présentait pas trace de vérole.

26 avril. L'utérus de la mère a encore 0,12 cent. Lochies rouges assez abondantes. Température 37°. N'a pas encore eu de selle

depuis l'accouchement. Les seins commencent à se tuméfier. Miction par la sonde.

27 avril T. 37°,2. Utérus 0,10 cent. Ecoulement lochial rouge, continu, mais peu abondant. Miction spontanée depuis hier soir. Toujours pas de selles. Seins peu gonflés. Lavement, eau de Sedlitz.

28 avril, 36°,5. Une selle très-abondante. Les seins se gonflent sensiblement. L'écoulement lochial est toujours rouge, continu, peu abondant.

29 avril, 36°,2. L'écoulement devient intermittent. Les seins sont moins tendus, le lait coule spontanément. Le toucher montre que le col s'est presque reformé, à environ 0,01 cent. de hauteur, les lèvres de la plaie, au nombre de 4, sont boursoufflées, non cicatrisées. Rien dans les culs-de-sac.

30 avril. Quelques lochies se sont encore écoulées. Quatre selles, molles ; ventre souple, indolore. Utérus bien rétracté. Seins moins durs. Température 37°.

1^{er} mai. Le lait coule facilement. Ventre en bon état. Depuis hier, pertes blanches fétides.

2 mai. Lochies blanches intermittentes, fétides, Ecoulement de lait spontané.

3 mai. Utérus, 0,03 centimètres. Lochies blanches peu abondantes, toujours fétides et à écoulement intermittent.

4 mai. Col utérin très-bas, dur, il présente comme une série de languettes, séparées par des incisures : celle de droite est assez profonde pour permettre l'introduction de la pulpe du doigt. Quelques pertes rouges hier, pas de tranchées. Ne perdant plus depuis ce matin, la malade sort.

On pourrait, ici, se demander si le rétrécissement du col, et son induration, ne sont pas de nature spécifique, puisqu'il est avéré que le père était syphilitique.

On pourrait aussi objecter, à l'absence de ganglions, chez la mère, comme preuve de non-contamination virulente, les cas cités par M. le docteur Fournier, 'desquels il résulte qu'un mari, en puissance de *syphilis, même latente*, peut, sans éprouver aucun accident actuel, et sans que l'infection communiquée se manifeste au dehors, chez sa femme, par l'apparition de chancres, plaques muqueuses, ou pleïades ganglionnaires, infecter celle-ci, *par le produit même de la conception*.

Cependant, la femme ne présentant aucune trace de syphilis, aucune lésion de cette nature n'ayant été constatée sur l'enfant mort, (*quoique cette mort elle-même ait pu avoir été causée par la vérole aussi bien que par la longueur du travail*), l'origine de l'atrésie doit être attribuée à d'autres causes, que nous ne saurions préciser.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Il ressort, de ce que nous avons dit tout à l'heure, que les symptômes fournis par la femme en travail doivent varier, et qu'il importe, pour reconnaître l'atrésie, d'examiner à fond les caractères qu'ils présentent, car ils sont susceptibles de révéler la nature intime du changement qui s'est produit dans l'état du col.

Il faut, en effet, distinguer, 1° si l'on a affaire à *une atrésie vraie* ou à *une simple agglutination* qui se serait produite dans le cours de la gestation, ce qui revient à constater l'existence de la perméabilité spontanément possible du col : 1° il est possible de s'assurer, au moyen du doigt, qui suffit presque toujours à perforer l'obstacle, si cet obstacle est dû à des matières gélatineuses. 2° Il peut arriver que l'on ne trouve pas de col au toucher : c'est ce qui arrive si l'on a affaire à une atrésie de l'orifice externe, ou à une *déviatio*n du col, surtout lorsqu'il s'est produit la déformation appelée *developpement sacciforme de la paroi postérieure de l'utérus*, qui engendre, le plus souvent, un état tel, que le col est parfois *tout à fait inaccessible et même invisible au spéculum* par la déviation qu'elle détermine. En outre, il se produit souvent des adhérences, le col est comme soudé dans la position qu'il occupe, de sorte que, se trouvant dirigé en avant, (comme dans une observation de M. Depaul,) au lieu d'être disposé de haut en bas, l'orifice du museau de tanche répond alors au pubis, et l'accouchement est rendu impossible, par les voies ordinaires. Mais un examen approfondi et surtout le toucher pratiqué avec soin, d'après les conseils de M. Depaul, feront toujours reconnaître que l'on a pas affaire à une véritable atrésie. C'est ce qui

ressort bien de l'observation de M. Depaul, datée du 30 *avril* 1875 et dans laquelle il avoue avoir confondu cette déviation du col avec une atrésie vraie : D'après le même auteur, on pourrait, mis en éveil par la constipation prolongée de la femme, et en pratiquant le toucher rectal, s'assurer du volume anormal de la paroi postérieure de l'utérus.

Dans les conditions ordinaires, la paroi antérieure du vagin, au toucher, semble raccourcie, la paroi postérieure allongée, et c'est entre celle-ci et la tête du fœtus, que l'on sent le col, qui est dévié en arrière.

Ceci a lieu évidemment au cas où une partie fœtale, la tête par exemple, est engagée.

Si, au contraire, la partie qui se présente, ne plonge pas encore dans l'excavation, la disproportion des deux parois vaginales se trouve réduite à ce qu'elle est normalement, le col est plus élevé, porté en arrière, et on réussit à l'atteindre sans avoir à repousser ou à dévier aucune partie :

Dans le développement sacciforme, au contraire, il ne peut plus en être de même, et l'on comprendra facilement que cette excavation de la partie de la matrice située immédiatement au-dessus de l'orifice interne du col, et postérieurement, doit rejeter celui-ci en avant et en haut, derrière le pubis. De plus, en vertu de cette même anomalie, une portion proportionnelle de la paroi postérieure et inférieure de la matrice est obligé, de descendre dans le bassin, où elle entraîne presque toujours une partie fœtale, aussi, le toucher révèle-t-il une disposition inverse de la précédente, et c'est *la paroi vaginale postérieure qui est très-courte*, le cul-de-sac vaginal correspondant est comme effacé ; cette paroi, comme attirée en avant, semble se terminer sur la partie saillante du fœtus, et le doigt glisse sans pouvoir la contourner, d'arrière en avant, vers le pubis.

Cette brièveté de la paroi postérieure n'est pas réelle, car les culs de sac sont rejetés d'une pièce, en avant de la tumeur fœtale.

Dans la plupart des cas, d'après M. Depaul, le toucher, pratiqué au point de vue de l'exploration de la paroi antérieure, ne saurait rien révéler, si l'on n'emploie qu'un seul ou même deux doigts : il faudrait se servir de la main tout entière, en usant de la chloroformisation pour pallier les inconvénients de ce mode de recherche.

Dans ces conditions, le plus souvent, le fœtus ne gêne pas au point de rendre impossible l'introduction de la main derrière le pubis. Lorsqu'on est certain d'avoir affaire à une semblable disposition, on se trouve souvent embarrassé, et on hésite alors sur le parti à prendre : car on ne saurait en conscience, se résoudre, de prime abord, à une opération chirurgicale dont les suites pourraient être graves. Quoique nous n'ayons pas à étudier ici, la conduite que l'on doit suivre en pareille occurrence, puisque tel n'est pas l'objet de notre travail, nous ne pouvons cependant nous empêcher de donner en quelque mots, les procédés que l'on pourrait employer en pareille circonstance :

La femme ayant été placée à genoux, dans la position dite gènu-pectorale, la tête en bas, on introduit une main dans le vagin, jusque derrière le pubis : de l'autre main, et avec un doigt enfoncé dans l'anus, on repousse la paroi postérieure de la matrice, tandis qu'avec la première on tire le col en arrière, après en avoir saisi l'ouverture, si c'est possible.

Afin d'avoir quelques chances de succès, il faudra, autant que possible, attendre, pour opérer comme nous l'avons dit, que le travail soit bien déclaré et la dilatation très avancée, pour maintenir la femme dans cette position, jusqu'à ce que la tête ait franchi l'orifice ; nous ferons remarquer que ce procédé théorique n'est peut-être pas aussi praticable qu'il le paraît ; cependant, si les douleurs durent déjà depuis un certain temps, et que le col

soit très dilaté, on pourrait peut-être, en le maintenant ainsi, dans l'axe du détroit, réussir, sans être forcé de recourir à l'opération, qui resterait comme dernière ressource. Tel est le procédé donné par M. Depaul. Nous ne savons pas s'il a reçu une application jusqu'ici.

Nous laisserons de côté le diagnostic avec les tumeurs fibreuses ou autres, qui peuvent prendre naissance dans le tissu de l'utérus ; cela nous entraînerait trop loin, et ne rentre pas dans notre sujet.

Quant à la façon dont on reconnaîtra s'il y a réellement atrésie ou simple rétrécissement, le toucher, l'examen au spéculum, complété par l'exploration au moyen de fines bougies, et, en dernier ressort, l'*écoulement du liquide amniotique*, révéleront suffisamment l'existence d'un pertuis quelconque.

Il ne nous reste donc plus qu'à voir si les divers états du col sont susceptibles, à des degrés différents, d'engendrer des complications plus ou moins graves : c'est ce que nous allons examiner rapidement.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Dans ce paragraphe, nous éliminerons, dès le début, tout ce qui a rapport à l'agglutination de l'orifice externe, puisque, se réduisant dans la majorité des cas, spontanément, ou par une simple pression du doigt, celle-ci ne réclame presque *jamais l'intervention chirurgicale*.

C'est là, en effet, le danger principal, mais il faut bien reconnaître que la mort de la femme et du fœtus seraient toujours la suite de l'abstention en présence d'un cas semblable.

Nous avons, dès lors, à examiner trois états différents : 1^o le col est complètement bouché ; 2^o il existe un pertuis ; et 3^o celui dans lequel on perçoit un canal, qui se termine brusquement, ce qui se rapporte à l'atrésie de l'orifice interne.

1^o Lorsque le col est complètement bouché, et que l'opération est devenue nécessaire, le médecin peut se trouver embarrassé pour choisir le point où il doit pratiquer son incision ; il doit chercher, en effet, à la faire, autant que possible, à l'endroit où existait l'ancien col ; cependant, si nous rappelons les procédés qui ont été mis en usage dans les précédentes observations, nous verrons qu'il n'y a pas lieu de se préoccuper [outre mesure de faire l'incision exactement au lieu présumé de cet orifice ; les auteurs, et Depaul en particulier, traversaient l'obstacle au centre, ou, s'ils sentaient une partie fœtale peser sur la membrane, ils incisaient au niveau du point comprimé ; le résultat leur a toujours donné raison. Quant aux instruments employés, et à la manière de procéder, il est superflu, après avoir décrit en détail, comme nous l'avons fait, dans nos observations, la manière d'o-

pérer des maîtres de répéter ici ce que nous en avons donné. Nous insisterons, néanmoins, sur la prudence que le chirurgien ne devra cesser de déployer, en opérant sur un terrain aussi dangereux.

2° *Lorsque l'obstacle siège à l'orifice interne*, on pourra d'abord à l'exemple de M. le professeur Herrgott, tenter la dilatation au moyen de *l'éponge préparée* ou d'une tige de laminaria : nous avons vu que ce moyen, n'a produit aucun résultat.

Lorsqu'on emploie le bistouri, la tâche du médecin peut-être singulièrement facilitée, par l'introduction d'une sonde, cannelée ou autre, qui servira, dès lors de guide pour opérer les débride-ments ; on fera, autant que possible, plusieurs incisions, petites, plutôt qu'une seule ou deux sections plus considérables ; pour ne pas dépasser les limites permises par la prudence, et obtenir un orifice suffisant, on substituera la quantité à l'étendue, afin de ne pas pénétrer dans le péritoine.

Si l'oblitération n'existe qu'au niveau de l'orifice interne, on pourra, comme précédemment, se servir de la sonde comme guide et inciser couche par couche, lentement par la fente ainsi produite, on passera un bistouri boutonné, à long manche, à lame en faucille (si c'est possible.) analogue, par exemple, à celui que l'on emploie dans l'opération de la hernie étranglée, et l'on pratiquera les incisions multiples : 2 latéralement et une ou 2 dans une direction antéro-postérieure oblique, comme il a été fait dans les observations que nous avons rapportées ; dès lors, sous l'influence de cette médication, le col retrouvant sa dilatabilité le fœtus franchira cet orifice, et l'accouchement suivra sa marche. L'enfant expulsé, la plaie utérine est abandonnée à elle même, et l'on a vu que, lorsqu'on y introduisait une sonde à demeure, pour en empêcher la cicatrisation, cette cicatrisation ne s'en effectuait pas moins, dans la majorité des cas la douleur produite par la présence du cathéter dans le col ; obligeait bientôt à retirer celle-ci ;

Dans quelques cas, l'atrésie se reproduisait alors, comme avant la parturition, et il en résultait, quelquefois, la stérilité et l'aménorrhée ; dans un cas, cette dernière aurait même nécessité la castration (V. Obs. allemandes) afin de calmer les douleurs excessives produites par la rétention des règles.

Tel est en quelques lignes, le traitement généralement adopté, de la cause de dystocie qui nous occupe, sans parler évidemment des indications spéciales qui peuvent surgir en-dehors de l'opération elle-même.

CONCLUSIONS.

1. Laissant de côté la non-dilatabilité du col, qui serait due à la présence d'un bouchon muqueux, plus ou moins résistant, dans le canal cervical, cette cause de dystocie disparaissant facilement, nous nous résumerons en disant que la cause de la non-dilatabilité peut siéger, soit au niveau de *l'orifice externe*, soit au niveau de *l'orifice interne*, soit, par suite d'une sténose, dans *tout le canal cervical*.

2. La cause de cette non-dilatabilité, qu'elle siège à l'un ou l'autre des points indiqués, réside, le plus souvent, dans la présence d'un tissu fibreux résistant d'origine cicatricielle.

3. Une sténose, assez considérable pour entraver complètement la dilatation de l'orifice, est rarement observée.

4. Lorsqu'elle existe, l'intervention consistera à faire disparaître, soit au moyen de dilatateurs, soit avec le bistouri, l'obstacle qui s'oppose à la terminaison de l'accouchement.

Vu par le Président de la thèse,

Le 29 juillet 1882.

HERRGOTT.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 29 juillet 1882.

Le Recteur,

MOURIN.

QUESTIONS PROPOSÉES PAR LA FACULTÉ

- 1° CHIMIE. — Acide citrique et principaux citrates.
- 2° PHYSIQUE. — Méthodes calorimétriques en général ; chaleurs de combustion des substances employées comme aliments.
- 3° HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. — Famille des asparaginées ; plantes employées en médecine.
- 4° ANATOMIE. — Vaisseaux de la rate.
- 5° HISTOLOGIE. — Développement du tissu osseux.
- 6° PHYSIOLOGIE. — De la rigidité cadavérique.
- 7° PATHOLOGIE ET CLINIQUE EXTERNES. — Des fractures de l'extrémité inférieure du radius.
- 8° PATHOLOGIE ET CLINIQUE INTERNES. — Des différentes formes de laryngite.
- 9° ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — De l'hydropisie consécutive à une maladie du cœur.
- 10° MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE. — Des doses.
- 11° MÉDECINE OPÉRATOIRE. — De l'appareil hémostatique d'Es-marck.
- 12° ACCOUCHEMENTS. — De la délivrance et de la manière d'y procéder dans les cas ordinaires.
- 13° HYGIÈNE. — Hygiène des ouvriers des usines à gaz.
- 14° MÉDECINE LÉGALE. — De l'hermaphrodisme ; définition ; division.

